

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1900-1901. — N° 11

LES ENTENDANTS-MUETS

(ALALIE IDIOPATHIQUE DE COËN)

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 24 novembre 1900

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

GEORGES LÉVY

EX-INTERNE DES HOPITAUX DE LYON

Né le 8 février 1874, à Gray (Haute-Saône)



LYON

IMPRIMERIE SCHNEIDER FRÈRES

R. SCHNEIDER

9, Quai de l'Hôpital, 9

—
1900

LES ENTENDANTS-MUETS

(ALALIE IDIOPATHIQUE DE COËN)

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1900-1901. — N° 11

LES ENTENDANTS-MUETS

(ALALIE IDIOPATHIQUE DE COËN)

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 24 novembre 1900

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

GEORGES LÉVY

EX-INTERNE DES HOPITAUX DE LYON

Né le 8 février 1874, à Gray (Haute-Saône)



LYON

IMPRIMERIE SCHNEIDER FRÈRES

R. SCHNEIDER

9, Quai de l'Hôpital, 9

1900



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET	DOYEN.
LACASSAGNE	ASSESEUR.
CROLAS.	QUESTEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUVEAU, BERNE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.	MM. LÉPINE.
	BONDET.
	BARD.
Cliniques chirurgicales	OLLIER.
	PONCET.
Clinique obstétricale et Accouchements	FOCHIER.
Clinique ophtalmologique	GAYET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAILLETON.
Clinique des maladies mentales.	PIERRET.
Physique médicale	MONOYER.
Chimie médicale et pharmaceutique	HUGOUNENQ.
Chimie organique et Toxicologie	CAZENEUVE.
Matière médicale et Botanique	FLORÈNC.
Parasitologie.	LORTET.
Anatomie	TESTUT.
Anatomie générale et Histologie.	RENAUT.
Physiologie	MORAT.
Pathologie interne	TEISSIER.
Pathologie externe	AUGAGNEUR.
Pathologie et Thérapeutiques générales	MAYET.
Anatomie pathologique	TRIPPIER.
Médecine opératoire.	POLLOSSON (M.).
Médecine expérimentale et comparée.	ARLOING.
Médecine légale.	LACASSAGNE.
Hygiène	COURMONT.
Thérapeutique	SOULIER.
Pharmacie.	CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des maladies des femmes.	M. LAROYENNE.
---	---------------

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des maladies des enfants.	MM. WEILL, agrégé.
Maladie des voies urinaires.	CHANDELUX, —
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS, —
Accouchements.	POLLOSSON (A.) —
Propédeutique médicale	ROQUE. —
Propédeutique chirurgicale.	GANGOLPHE, —
Botanique.	BEAUVISAGE, —

AGRÉGÉS

MM. BEAUVISAGE.	MM. CONDAMIN.	MM. VALLAS.	MM. PAVIOT.
ROQUE.	DEVIC.	SIRAUD.	NOVÉ-JOSSERAND.
ROUX.	COLLET.	DURAND.	BÉRARD.
POLLOSSON (A.)	BOYER.	DOYON.	SAMBUC.
ROCHET.	BARRAL.	PIC.	BORDIER.
ROLLET.	MOREAU.		

M. BEAUDUN, Secrétaire.

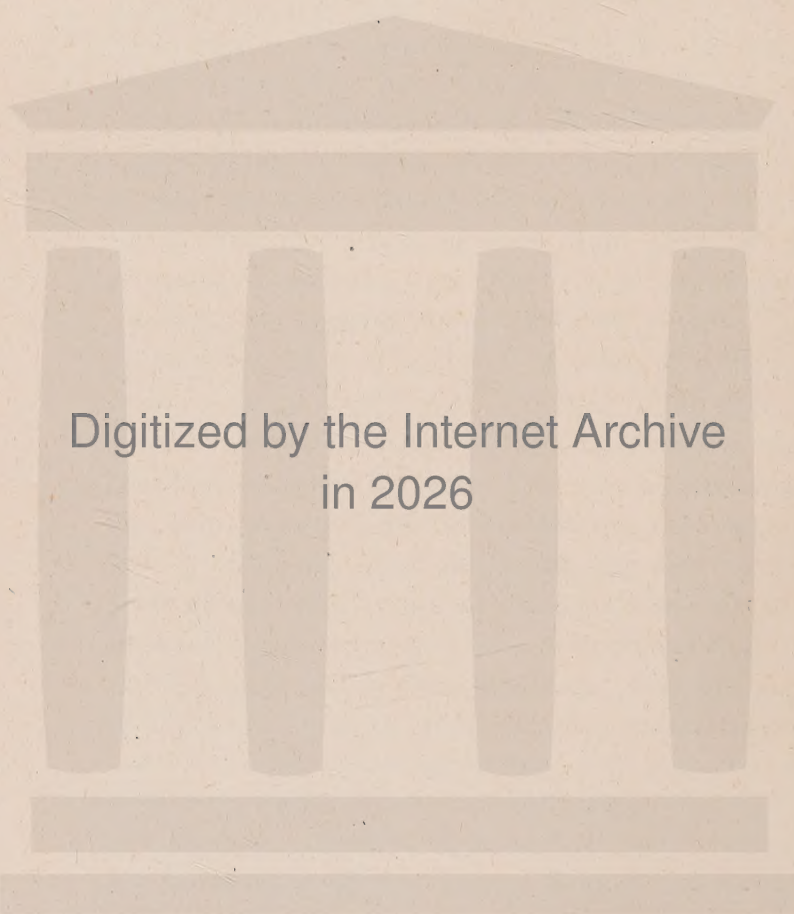
EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. LÉPINE, *Président*; M. LANNOIS, *Assesseur*;
MM. COLLET et SAMBUC, *Agrégés*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A tous nos maîtres, dans les hôpitaux, nous adressons nos remerciements pour la bienveillance qu'ils nous ont témoignée et les conseils qu'ils nous ont donnés au cours de nos études. Ce sont, pendant notre externat : MM. Josserand, médecin des hôpitaux ; A. Pollosson, agrégé, chirurgien des hôpitaux ; pendant notre internat : MM. Devic, agrégé, médecin des hôpitaux ; Lyonnet, médecin des hôpitaux ; M. Pollosson, professeur, chirurgien des hôpitaux ; Audry, médecin des hôpitaux ; Cordier, chirurgien de l'Antiquaille ; Mouisset, médecin des hôpitaux. Nous avons contracté une dette de reconnaissance envers MM. les professeurs Lépine et Augagneur, et M. Weill, agrégé, médecin des hôpitaux, pour la sollicitude et l'appui qu'ils nous ont accordés au cours de nos études. M. le professeur agrégé Lannois, médecin des hôpitaux, dont nous avons été l'interne, nous a inspiré ce travail, nous en a fourni les matériaux et guidé dans son élaboration, nous lui en sommes très reconnaissant (1). Nombreux sont nos camarades ou amis qui, par des traductions ou des observations nous ont rendu service dans cette occasion et envers qui nous nous acquittons par le traditionnel merci : ce sont MM. le docteur J. Dreyfus ; Parot et Jobert, externes des hôpitaux, qui nous ont fourni des observations ; MM. Schneider, licencié ès-sciences, Tolot, interne des hôpitaux, docteur Sachnine, Gerin, préparateur à l'École de chimie, et Gueschwend, qui nous ont aidé par des traductions.

(1) M. Hamon du Fourgeray a eu l'amabilité de nous donner quelques indications dont nous le remercions.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

PRÉFACE

L'existence d'un mutisme distinct du mutisme idiotique et du mutisme par surdité offrait un double intérêt : scientifique et social. Si le côté scientifique ne pouvait être résolu en l'état actuel de la question, le côté social était suffisant pour poser le problème. Sa solution n'a pas besoin d'être précédée de la solution scientifique.

Au moment où l'on discute tant sur l'éducation des enfants normaux, il n'est pas moins intéressant de se préoccuper de celle des enfants anormaux. La société moderne, qui ne peut plus aspirer à jeter dans un nouvel Eurotas les malformés physiquement ou intellectuellement, ne doit pas seulement se préoccuper de leur assistance matérielle, mais de leur assistance intellectuelle.

INTRODUCTION

Sous le nom de mutisme, nous entendons l'impossibilité, où se trouve un sujet, d'exprimer sa pensée par le langage articulé. Lorsqu'un enfant a dépassé deux ou trois ans, c'est-à-dire l'âge où la parole s'exerce et qu'il ne parle pas, il est considéré comme muet. Pour bien concevoir les causes qui peuvent perturber cette fonction, il faut se faire une idée de l'ensemble des organes et des systèmes nécessaires à son acquisition et à son exercice.

Parler c'est entendre, comprendre le langage des autres et en même temps manifester ses idées par des mots appropriés. Cette fonction nécessite donc des organes, des sens et surtout une ouïe intacts, des centres nerveux capables d'être le siège de la formation d'idées et de mots, et enfin, d'organes périphériques servant à l'émission des sons et à la formation des sons articulés, susceptibles d'une parfaite adaption. Aussi schématiquement, le langage articulé a besoin pour se développer et arriver à être normal :

1^o *D'organes impressifs.* — Organes des sens, surtout l'ouïe, et voies nerveuses les unissant aux centres sensoriels ;

2^o *D'organes centraux.* — Écorce cérébrale où s'effectuent les phénomènes de perception, de mémoire, d'attention, d'imitation, d'association d'idées ; où s'organise le langage intérieur ;

3° *D'organes expressifs ou émissifs.* — Centre de Broca, voies l'unissant aux noyaux bulbo-protubérantiels, nerfs mettant ces noyaux en relation avec les muscles du larynx, de la langue, du voile du palais, etc.

La parole ne peut évoluer et s'effectuer normalement que si l'enfant a la possibilité d'entendre et de comprendre les sons articulés, d'enmagasiner des images verbales auditives, motrices, puis visuelles, de pouvoir les associer entre elles, de se créer des idées, d'adapter le mot exactement à la pensée, et, enfin, de pouvoir ensuite l'extérioriser. Qu'un trouble quelconque empêche une de ces opérations, et le langage articulé ou bien ne se développera pas, ou bien cessera d'exister. Le retard, dans le développement du langage jusqu'à l'âge de trois ans, n'est qu'un simple arrêt dans l'évolution d'une fonction normale, et ne rentre pas dans ce cadre.

Dans les formes diverses du mutisme, le trouble fonctionnel ou anatomique peut intéresser les organes d'impression, les organes centraux, ou ceux d'expression. Une catégorisation basée sur la division précédente serait trop complexe; il est plus simple d'utiliser la suivante : les sourds-muets et les entendants-muets (ce dernier terme est employé dans un sens beaucoup plus large que le « Hörstummheit » des Allemands, qui désigne une forme limitée de mutité sans surdité).

1° SURDI-MUTITÉ

Il n'est pas nécessaire que l'abolition de l'ouïe soit totale, il suffit que la parole ne soit pas entendue pour que le mutisme existe; on sait, en effet, qu'il y a des

demi-sourds qui sont muets. Des sujets sourds peuvent encore percevoir des bruits et des sons musicaux, et ne pas entendre les sons articulés. La parole n'est entendue par l'enfant que bien après qu'il perçoit les bruits et la musique.

De même, ce qui disparaît le premier dans les lésions de l'oreille, c'est l'audition du langage articulé. Il est facile de comprendre qu'un enfant atteint de surdité congénitale ou acquise dans les premiers temps de sa vie, ne puissent acquérir la faculté de parler. Comme il ne peut emmagasiner d'images verbales auditives, l'association auditivo-motrice, base du développement de la parole, ne peut se produire, et le résultat est la mutité. Il faudra qu'il se crée, à l'aide de la vision ou du sens musculaire, un autre mode d'expression de la pensée. La perte de l'ouïe et de la vue n'amène pas l'impossibilité d'une forme de manifestation extérieure des idées, le cas de la célèbre Laura Brigidmann en est une preuve.

Aussi Du Pasquier admet-il que le sens musculaire joue le principal rôle dans le développement du langage, et que son absence seule peut entraver toute communication extérieure des pensées.

A côté de cette *surdité physique*, entraînant la mutité, existerait une *surdité psychique* qui aboutit au même résultat.

Krügelstein invoque, comme base de ce dernier trouble, une stupidité native, un défaut d'exercice de l'audition de la parole ; l'enseignement scolaire dissiperait ce phénomène. Benedikt pense de même, que beaucoup de personnes sont regardées comme sourdes ou très dures d'oreilles, parce qu'elles ont une sorte d'incapacité native

ou acquise pour la perception de la parole, alors que cet acte est normal pour les bruits simples et les sons inarticulés. Ces malades peuvent très bien entendre les sons articulés, dont la combinaison forme la parole, mais peuvent ne pas les comprendre, parce qu'ils n'ont jamais appris ou ont oublié le sens qu'il faut attacher aux sons articulés. Heller décrit de même sous ce nom « l'impossibilité d'appliquer la représentation correspondante à l'image vocale perçue ». Ces enfants réagissent à la musique, ont une langue à eux, possèdent encore des restes notables de paroles, et prononcent même certaines syllabes, ce qui n'arrive pas pour les sourds-muets.

On peut nuire à la fonction auditive de ces sujets psychiquement sourds, en les traitant comme physiquement sourds. L'humanité exige qu'on sépare ces enfants des vrais sourds-muets (Urbantschitsch). On ne saisit pas bien quelle différence existe entre cette surdité psychique et la surdité verbale.

D'un autre côté, la surdité psychique vraie, isolée de la surdité verbale, ce qui est rare, consiste dans l'impossibilité de la reconnaissance d'un objet par la sensation acoustique : ainsi, un malade de Pick, qui comprenait tout ce qu'on disait, ne reconnut pourtant pas une allumette qui craquait, bien qu'il en entendit le bruit (1). On ne voit pas très bien dans quel cadre rentrent les faits

(1) Une malade, de la consultation de M. Lannois, présente un phénomène semblable. Elle est atteinte d'aphasie optique et ne peut dire le nom d'aucun objet, tout en le reconnaissant parfaitement. Elle répète immédiatement ce nom si on le prononce devant elle. Mais le bruit d'un trousseau de clefs, d'une sonnette agitée, ne lui fait jamais dire « clef » ni « sonnette ».

désignés par Benedikt et Heller sous le nom de surdité psychique.

2° AUDI-MUTITÉ (*Entendants-muets*).

Dans ce groupe assez vaste, il faut immédiatement créer deux grandes divisions : les muets qui ont des troubles intellectuels très marqués, et ceux dont l'intelligence est d'apparence normale ou est vraiment normale :

a) *Muets dont l'intelligence est très atteinte.*

Il s'agit du mutisme idiotique, ses causes ne sont pas univoques et on peut distinguer :

1° Le mutisme par absence d'idées (ce sont les idiots qui suivant la phrase classique d'Esquirol, d'Itard et de Griesinger, ne parlent pas parce qu'ils n'ont rien à dire) ;

2° Le mutisme par impossibilité centrale d'exprimer leurs idées (aphasie motrice) ;

3° Le mutisme par défectuosité des organes périphériques de la parole ;

4° Le mutisme par surdité physique (idiots sourds-muets), par surdité verbale (aphasie sensorielle) ou par pseudo-surdité (c'est-à-dire par défaut d'attention).

Il est évident que ces causes peuvent se combiner chez le même sujet.

b) *Les muets dont l'intelligence est ou d'apparence normale ou normale :*

1° Par lésion organique centrale :

Aphasie dans l'hémiplégie infantile, les tumeurs céré-

brales, la méningite tuberculeuse, l'embolie cérébrale chez l'enfant, etc. (Clarus, Steffen, Bernheim).

Dans l'hémiplégie infantile on peut avoir des lésions étendues qui empêchent le processus psychique normal et jouent un rôle dans la production de l'aphasie ;

2^o Par trouble fonctionnel :

Aphasie vraie fonctionnelle par frayeur, réflexe, helminthiase (Lichtheim, Gutzmann), indigestion (Hénocque), troubles circulatoires (cas de Bouchut).

Mutisme dans les névroses, chorée, hystérie (deux cas dans Gilles de la Tourette).

Alalie idiopathique de Coën.

3^o Par lésions ou troubles dynamiques des organes périphériques de la parole.

Fissure palatine (Langenbeck, Ladreit de Lacharrière), hypertrophie amygdalienne (Ladreit de Lacharrière), filet de la langue trop court (Ladreit de Lacharrière) (on a exagéré le rôle de cette disposition dans l'absence de langage chez l'enfant), paralysie de la langue, contraction de celle-ci à l'occasion de la parole, décrit sous le nom d'aphtongie (cas de Panthel, Fleury, Mossdorf, Gutzmann), macroglossie congénitale (Kussmaul, Paster et Heusinger). Je laisse de côté l'observation de Castex, dans laquelle il s'agit d'un entendant-muet, âgé de cinquante-quatre ans qui ne prononçait que les mots « oui » et « non ».

Nous ne nous occuperons dans ce travail que d'une forme de mutité. Celle qui survient chez des enfants entre trois et dix ans (Coën, Treitel, Gutzmann, Mielecke) qui présentent les caractères positifs ou négatifs suivants :

- 1^o Apparence physique et psychique normale ;
- 2^o Audition intacte.
- 3^o Organes périphériques de la parole normalement constitués ;
- 4^o Absence de paralysie ou d'atrophie du tronc et des membres.

Les sujets au-dessous de trois ans ont seulement du retard dans la parole et ceux au delà de dix ans seraient des idiots pour Gutzmann. Ces limites sont tout artificielles et arbitraires (car le cas classique de Broadbent a trait à un enfant de douze ans). Cette agénésie de la parole chez des enfants normaux en apparence a été surtout bien étudiée à l'étranger sous divers noms : *aphasie congénitale* (Küssmaul), *alalia idiopathica*, (1) *Hörstummheit* (Coën), *aphasie congénitale fonctionnelle* (Oltuszewski), *idioglossie* (Hale White et Golding Bird).

Le terme d'aphasie est impropre, il implique l'idée « de perte d'images motrices d'articulation, autrement dit de l'oubli des mouvements volontaires appris par l'imitation et qu'il faut exécuter pour exprimer sa pensée par la combinaison phonétique des contractions des muscles du larynx, de la langue, etc ». Or, dans ce mutisme de naissance il ne s'agit « ni de perte d'images motrices ni d'oubli des mouvements mais bien plutôt d'absence d'images motrices et d'ignorance des mouvements » puisque l'enfant n'a jamais su parler. Cependant il vaut

(1) Pour M. Hamon du Fougeray les observations d'alalia idiopathique qu'il a vues, sont des erreurs de diagnostic, et tous les malades entendants-muets qu'il a vus, avaient un degré plus ou moins prononcé d'idiotie. (Communication orale.)

mieux conserver les dénominations usitées pour ne pas obscurcir la question par la création d'un terme nouveau.

Toutes les divisions précédentes sont schématiques et nullement en harmonie avec la réalité qui se joue à travers les mailles de nos systèmes. Mais la création de ces cadres était nécessaire pour l'exposition du sujet et répond au besoin qu'a notre esprit d'établir des catégories.

Le but de ce travail est de résumer les faits connus sur l'*Alalie idiopathique* et d'en étudier l'histoire, l'étiologie, la pathogénie, la symptomatologie, le diagnostic, le pronostic et le traitement. Si nous n'avons pas été plus heureux que nos devanciers pour préciser son anatomie pathologique et sa pathogénie, il nous a paru qu'à côté du point de vue purement spéculatif il y avait un intérêt pratique pour l'éducation et l'avenir de ces enfants à les séparer des sourds-muets et des idiots.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

L'histoire véritable de cette forme de mutité ne commence vraiment qu'avec R. Coën (de Vienne), mais bien avant lui on trouve dans les auteurs soit des allusions soit des faits épars qui paraissent s'y rapporter. Peut-être le *Sauvage de l'Aveyron* dont s'occupe Itard de 1800 à 1807 est-il un précurseur des cas qui nous occupent. Pour Itard toutes les facultés auraient été chez ce sujet à l'état virtuel et ne seraient demeurées inertes que faute de stimulation. Il croyait à la curabilité de cet idiotisme apparent. Pour Pinel, c'était au contraire nettement un idiot. Les efforts d'Itard n'ont pas été couronnés de grands succès et l'échec pour développer chez cet adolescent la parole a été à peu près complet. « Cette étonnante variété dans les résultats rend incertaine l'opinion qu'on peut se former de ce jeune homme. (Itard). »

Ainsi on lit dans Gall le passage suivant. « Il y a des enfants de deux à douze ans et même de quatorze ans qui ne savent pas parler quoiqu'ils *entendent bien* et qu'ils ne soient pas idiots à beaucoup près au même degré que d'autres enfants qui parlent. Dans ce cas le vice ne gît point dans les organes vocaux comme se le persuadent quelquefois les ignorants et moins encore dans un état

apathique du sujet. Des enfants pareils ont souvent au contraire une grande vivacité physique, ils ne font que sautiller, ils passent même d'une idée à une autre avec une étonnante rapidité et ne fixent leur attention sur rien. Lorsqu'on les relie ou qu'on prononce à leurs oreilles un nom ou quelque autre mot ils le répètent distinctement. Il est très difficile de faire cette expérience deux fois de suite et c'est la chose impossible d'aller jusqu'à trois, ce qui prouve une faiblesse générale des organes intellectuels. Quelquefois de pareils sujets sont capables d'exprimer par écrit leurs idées et leurs sentiments avec assez d'ordre ce qui prouve bien que *leur faiblesse intellectuelle est particulièrement relative à leur faculté de parler*. Quoique ces cas ne soient pas absolument rares, je n'ai pas pu me procurer le crâne d'un sujet pareil. Lorsqu'on traite ces enfants par une méthode curative tonique, lorsqu'on ne fait pas subir une contention trop forte et trop longtemps continue à leurs faibles facultés, lorsque par le progrès de l'âge leurs parties cérébrales acquièrent plus de consistance, leurs facultés intellectuelles se développent souvent peu à peu et *ils finissent par acquérir la faculté de parler et prendre rang parmi les personnes raisonnables*. Il n'y a que le cas où existe une hydrocéphalie ou quelque autre vice organique qui laisse peu d'espoir à une issue favorable ».

En 1826, dans un mémoire sur le mutisme par lésions des fonctions intellectuelles, Itard s'exprimait ainsi : « De là aussi procède le mutisme auquel le manque d'idées condamne les idiots. Mais de même que ceux-ci ne sont pas tous muets, de même les muets par lésions des facultés mentales ne sont pas toujours et nécessairement des idiots. Si

du dernier degré de l'idiotisme établi sur l'oblitération des facultés intellectuelles, on descend au premier qui consiste en une légère asthénie de ces mêmes facultés on trouve une intelligence lourde, peu étendue, mais enfin perfectible. Il peut même se faire, et la perfectibilité est alors encore moins douteuse, que l'entendement ne soit lésé que dans une ou quelques-unes de ses fonctions telles que l'attention, la mémoire, l'imitation. Dans l'un comme dans l'autre de ces deux modes, l'individu qui en est atteint peut être privé plus ou moins complètement de l'exercice de la parole. » Les sujets qu'il a vus avaient de deux ans à la puberté. La description qu'il donne des facultés intellectuelles et du caractère en fait au moins des arriérés. Certains ne sembleraient avoir eu qu'une inaptitude à retenir les perceptions acoustiques. Tous les cas perfectibles ont non seulement recouvré la parole mais trouvé dans l'exercice de cette fonction un puissant moyen de développement intellectuel. Il en a vu 40 cas. Il semble que quelques-uns aient trait au sujet qui nous occupe. D'après D. Bernard, il paraîtrait aussi que J. Fränk et Hufeland, en 1838, ont mentionné des faits analogues à ceux de Gall. Mais il est difficile de se rendre compte de l'idée exacte exprimée par ces auteurs.

Pour H. Gutzmann, Mielecke et Oltuszewski, une bonne description de cette forme de mutisme aurait été donnée par Schmalz, en 1846, sous le nom de « *Mutité sans surdité*. » Nulle part n'est mentionné l'ouvrage qui contient ce mémoire.

En 1865 paraît le cas de Benedikt.

Léon Vaisse, dans une séance de la Société d'Anthropologie de Paris, en 1866, insistait sur une certaine catégorie

de sujets confondus à tort avec les sourds de naissance ou classés parmi les idiots. Car au début tous les non parlants furent d'abord mis dans un institut de sourds-muets et plus tard les muets qui n'étaient pas sourds, furent rangés comme idiots. Il mettait en évidence l'existence d'enfants non sourds-muets, qui montraient trop de preuves de discernement dans les actes autres que ceux de la parole pour qu'on puisse les considérer comme idiots. Leur mimique est intacte. S'il y a chez eux une lésion cérébrale, elle a un caractère spécial et local. Toutes les fonctions intellectuelles autres que celles du langage articulé s'accomplissent. Il ne s'agit pas d'*idiotie*, mais d'*aphasie congénitale*. Dans cette même séance, Delasiauve admettait cette mutité sans surdité et parlait de semi-idiots qui se trouvaient dans cette situation.

En 1873, paraît sous le nom d'aphasie congénitale, une observation de Waldenburg, qui, bien qu'admise comme typique par Kussmaul, Coën, etc., nous semble devoir être rejetée. Le sujet en cause, est en effet atteint d'hémiplégie infantile. Le fait de Clarus en 1874, relaté par les mêmes auteurs, n'a pas non plus droit de cité, car il s'agit d'un enfant âgé seulement de trois ans. Dans un mémoire de 1876, Ladreit de Lacharrière pensait qu'il ne fallait pas se hâter de classer parmi les idiots des enfants qui entendent et qui sont muets. Il distinguait dans ces cas différentes sortes de mutisme : 1^o le mutisme par trouble de la santé générale ; 2^o par lésions de l'appareil périphérique de la parole ; 3^o par arrêt de développement de la parole ; 4^o par lésion cérébrale. Deux observations seulement avaient trait à ce dernier groupe, pour lequel il croyait à une lésion localisée au centre de Broca. Il concluait en

demandant que ces sujets ne fussent point privés de leurs droits civils. Il nous a paru que les formes 1^o et 4^o devaient prendre place dans ce travail.

Kussmaul, dans son livre « *Die Sprachstörungen* », en 1877, résume rapidement les faits antérieurs de Benedikt, Clarus, Waldenburg, en cite un nouveau de Broadbent, insiste sur la conservation de l'intelligence et désigne le trouble sous le nom d'*aphasie congénitale*. Dans le traité des maladies nerveuses de Hammond, de 1879, une très courte mention en est faite.

En 1885, D. Bernard, dans sa thèse, se pose la question suivante : « Doit-on classer parmi les aphasiques certains muets qui entendent, comprennent la parole, mais ne peuvent parler malgré tous les efforts de leur éducation. Plusieurs auteurs, après Vaisse, ont pensé que de tels sujets, intelligents d'ailleurs et nullement idiots, ont un arrêt de développement du centre de Broca ».

Dally présentait, en 1887, devant la Société d'Anthropologie, un cas d'aphasie congénitale, et une discussion sur sa nature et son pronostic s'engageait entre lui, Hervé, Fauvelle et Clémence Royer.

Mais il faut arriver à R. Coën pour avoir une étude complète de la question. De 1878 à 1895 il a publié toute une série de travaux sur ce sujet. Dans son mémoire de 1888, les causes, la pathogénie, les symptômes, le traitement, sont complètement étudiés, si bien qu'à l'étranger l'affection est connue sous le nom d'« *alalia idiopathica* », ou de « *Hörstummheit* » de Coën, noms qu'il lui a donnés. Après lui, H. Gutzmann (1891-1898), a proposé une nouvelle pathogénie, a attribué un rôle

étiologique aux adénoïdes et s'est beaucoup occupé du traitement pédagogique.

Citons encore Oltuszewski (1892-1898), l'opuscule de Weniger Moritz en 1893 : « Sur les enfants en retard non psychiquement mais de la parole. » En Angleterre, en 1891, des cas analogues étaient présentés sous le nom d'*idioglossie*, par Hale White et Golding Bird, à la Société royale de médecine et de chirurgie de Londres. Mielecke a fait un bon résumé de la question en 1896. A la Société française d'otologie, laryngologie, etc, en 1896, Lavrand (de Lille), a fait une communication sur *la mutité chez les entendants* et appuyé ses explications sur trois observations. Sollier, dans sa *Psychologie de l'Idiot*, fait une brève allusion aux enfants intelligents qui ne parlent pas comme preuve de l'indépendance entre le mot et l'idée. M^{lle} Bélianine, dans sa thèse sur les troubles de la parole dans l'hémiplégie infantile, mentionne l'aphasie congénitale au chapitre du diagnostic. Enfin, Heller, dans un article sur l'aphasie des idiots et des imbeciles, y fait seulement une allusion

CHAPITRE II

SYMPTOMATOLOGIE

On vous amène un enfant de quatre à dix ans, bien portant, et parfois même d'apparence florissante, d'un *développement intellectuel et corporel normal pour son âge*, bref, qui, au premier abord, paraît complètement sain. Les parents, du reste, vous disent : il est comme tous les autres enfants, sauf qu'il ne parle pas. Il entend bien. Il comprend, en général, ce qu'on lui demande, obéit aux injonctions qu'on lui donne, désigne exactement et immédiatement les objets dont on lui parle, apporte ceux qu'on lui réclame, les met à la place qu'on lui indique. Bref, il comprend tout ce qu'on lui dit verbalement. Aucun trouble n'existe dans les organes périphériques de la parole. Il n'a ni paralysie, ni atrophie des membres. Tel est l'aspect clinique de cette affection. Mais il y a lieu de revenir sur certains points de ce tableau et de les développer :

1^o *Aspect physique des enfants.* — Ce n'est pas toujours que ces enfants sont d'une forte constitution physique, parfois ils sont, au contraire, de chétive apparence. (Coën, Gutzmann.) Ladreit de Lacharrière pensait que cette faiblesse corporelle pouvait à elle seule expliquer certains retards de la parole chez l'enfant et l'in-

fluence du régime tonique institué par lui dans ces cas a suffi à favoriser le développement de la parole. Ces observations, rangées par lui sous le nom de mutisme par trouble de la santé générale, nous les avons admises dans notre description. Dans quelques faits même, les enfants seraient scrofuleux ou rachitiques. (Gutzmann.) Mais il est difficile de savoir, dans les statistiques de cet auteur, à quelle forme de mutité répondent les données étiologiques. Il ne paraît pas qu'on puisse établir de rapport de causalité entre l'état physique du sujet et ce trouble de la parole.

2^o *État intellectuel.* — Coën, dans tous ses travaux, insiste sur l'intégrité de l'intelligence dans ce cas ; après lui, Gutzmann, Oltuszewski, Mielecke, partagent la même opinion. Mais il est déjà difficile de déterminer l'état du développement psychique d'un enfant normal, à plus forte raison d'un enfant muet. On ne peut accorder non plus grande confiance aux parents, leurs enfants sont toujours intelligents. Chez eux, suivant l'expression du poète :

Tous métaux y sont or, toutes fleurs y sont roses.

Dans la plupart des observations publiées, l'intégrité psychique est notée. Cependant, dans certaines, il y avait de la faiblesse intellectuelle. Mais il n'apparaît pas qu'on ait cherché la formule psychique exacte de ces enfants : leur degré de compréhension, de mémoire, d'attention et d'imitation. Le défaut de mémoire, cependant, est signalé par Ladreit de Lacharrière, mais il ne précise pas de quelle variété de mémoire il s'agit. Le manque d'attention a été également remarquée, mais on sait combien celle-ci est fugace, même chez l'enfant normal. La com-

préhension pour les choses simples est toujours conservée, mais jusqu'à quel degré, point encore difficile à établir. Leur caractère est doux, docile, parfois cependant nerveux et violent (Ladreit de Lacharrière); ils sont aimants et chercheraient même, dit Mielecke, à faire plaisir à leurs parents en leur rendant quelques petits services. Ils ne se salissent point, savent satisfaire seuls et proprement à tous leurs besoins.

2° *Troubles de la parole.* — Il faut distinguer ici le trouble du langage intérieur et ceux du langage extérieur.

a) *Troubles du langage intérieur.* — Certains de ces enfants sont totalement muets, ce qui est rare d'après Gutzmann. Ils prononcent ordinairement quelques mots : papa, maman, dada, ya, nein, yes, no, father, mother (cas de Broadbent); pferd bim, bim nacher (cas de Hartmann), l'enfant exprimait ainsi qu'il voulait rentrer à la maison en tramway ; lala (cas de Mielecke) désignant le chocolat ; äh, äh (dans un cas de Gutzmann), etc. Comme dans l'aphasie chez l'adulte, il y a tous les degrés, depuis l'impossibilité de toute parole jusqu'à la parole incompréhensible. Parmi les consonnes les plus souvent prononcées sont p, b, m, d, t, n ; dans quelques cas, d et t seulement. C'est absolument comme l'enfant qui commence à parler et qui emploie le plus souvent, au début, les consonnes labiales et les dentales. Les plus difficiles à prononcer pour eux sont g, l, f, s, sch, r, mais il y a ici les mêmes variations que pour l'acquisition régulière du langage. La parole spontanée est donc chez eux très réduite. Ils paraissent, en général, peu disposés à parler spontanément, il faut les y obliger. Ils cherchent à se faire

comprendre soit par gestes, soit par un langage incompréhensible pour les gens autres que leur entourage. Ils répètent les mots qu'on leur dit à condition qu'ils soient simples et faciles à articuler ; quelquefois ils n'y parviennent qu'en les syllabant. Chez certains, les lèvres et la langue remuent peu au moment de l'articulation d'un mot, ils ont la bouche presque fermée et parlent entre leurs dents.

Il est difficile d'apprécier chez eux l'état de l'écriture et de la lecture. Pour la lecture, il est impossible de savoir s'ils lisent bien, à cause des troubles d'articulation, et de se rendre compte s'ils comprennent ce qu'ils lisent. Il faut dire, du reste, que souvent, faute d'éducation, ils ne savaient ni lire, ni écrire : un des malades de Ladreit de Lacharrière savait lire. Dans le cas de Broadbent, il ne pouvait pas lire l'écriture. Ceux de huit à dix ans, suivant Coën, savaient écrire péniblement quelques mots simples. Les deux sujets de Hale White et Golding Bird écrivaient sans faute ; un des malades de Ladreit de Lacharrière écrivait mais n'aurait pu faire une narration écrite, et l'autre traçait seulement les noms de ses condisciples ; une de nos malades écrivait spontanément et recopiait l'imprimé en manuscrit. Rien n'a été mentionné sur le calcul et le dessin.

b) Troubles de l'articulation. — Ces petits malades, soit quand ils prononcent spontanément ou répètent des mots, offrent souvent des troubles d'articulation : « tomm » pour « komm » (Gutzmann), « face » pour « fatter » ; « mocê » pour « motter » (Broadbent), « Bien » pour « Birne », « Uch » pour « Schuh », « Wa » pour « Wasser », « ati » pour « merci », « enco » pour

« encore », « audaa » pour « soldat » (cas de M. Lannois). Dans d'autres cas, ils intercalent dans leur langage un grand nombre de t et de d, c'est ce que Fournier a décrit sous le nom d'Hottentotisme ; parfois ils ont du bégayement ; enfin, ils peuvent avoir un langage tout à fait incompréhensible, un jargon qui leur est propre, d'où le nom d'*idioglossie* donné par les Anglais.

En somme, on retrouve pathologiquement les troubles qu'on rencontre dans l'acquisition du langage chez le tout jeune enfant.

4^o *Troubles moteurs.* — Dans aucune observation on n'a constaté ni paralysie, ni contracture, les mouvements et la force musculaire des membres étaient normaux. On a seulement fréquemment noté du retard de la marche, au lieu d'avoir commencé à tenter leurs premiers pas vers un an, comme normalement en moyenne, ils ne l'ont fait que vers la fin de la deuxième année ou au commencement de la troisième. Certains, comme Oltuszewski, pensent qu'il y a un rapport à établir entre ce trouble et celui de la parole ; en effet, ce serait une preuve de plus du défaut de fonctionnement des centres, surtout du cerveau gauche. L'existence d'un rapport inverse entre la précocité de la parole et de la marche est démentie par les faits d'alalie idiopathique.

D'après les auteurs anglais et Gutzmann, ces enfants sont souvent gauchers. Et, de même que les troubles de la parole sont plus fréquents chez l'homme que chez la femme, il y aurait beaucoup plus de gauchers du sexe mâle. (Sikorski.)

Les organes périphériques de la parole (larynx, lèvres,

langue, etc.), sont intacts. Il serait utile de déterminer le degré de leur mobilité.

5° *Troubles sensoriels.* — Les organes des sens et, en particulier, l'ouïe, fonctionnent bien ; on ne trouve ni dureté de l'ouïe, ni surdité. Il importe de bien distinguer cette surdité de la pseudo-surdité due au défaut d'attention qu'on rencontre chez les idiots.

6° *Stigmates de dégénérescence* — Il serait utile de les rechercher à propos des rapports à établir entre ces enfants et les dégénérés ; or, les auteurs s'en sont peu préoccupés, les stigmates physiques ne sont point mentionnés dans les observations et, seul, Coën parle de l'absence de microcéphalie et d'hydrocéphalie dans ces cas ; tout aussi négligés ont été les stigmates mentaux. Il serait intéressant de faire ces recherches à l'avenir.

Pour illustrer cette symptomatologie, nous allons énumérer les observations complètes que nous avons pu recueillir sur ce sujet :

OBSERVATION I

(Benedikt, 1865.)

Enfant de quatre ans ayant eu la scarlatine à un an et demi, à deux ans et demi la rougeole. Langue parfaitement mobile. Très intelligent, comprend ce qu'on lui dit. Il prononçait pour « Birne » « Bien » pour « Schuh » « Uch » pour « Wasser » « Wa » pour « Hund » « Hun » pour « Augen » « Au ».

Benedikt place le siège de l'affection dans les lobes antérieurs du cerveau.

Hartmann qui cite le fait n'accepte pas cette opinion de

l'auteur, car d'après lui il n'est pas rare que chez des enfants de quatre ans le langage soit mal développé soit par un exercice défectueux, soit par de mauvaises habitudes. Il croit aussi que dans ce cas il y avait de la dureté de l'ouïe.

OBSERVATION II

(Aphasie congénitale, Waldenburg, 1873.)

Enfant de six ans ; la mère fut atteinte au troisième mois de la grossesse d'hémiplégie droite avec aphasie.

Enfant né à terme, peu après la naissance développement moindre de la moitié droite du corps, affectant même le squelette (jambe droite plus courte) et hémiplégie droite évidente.

Plus tard il ne put apprendre à parler, son vocabulaire est très restreint, il ne comprend que quelques mots prononcés avec peine et mal articulés : okka pour onkel et n'a jamais pu dire ni maman ni papa. Il est en bonne santé, fort pour son âge, entend et comprend tout ce qu'on lui dit, n'est nullement idiot. Il crie très bien et l'examen laryngoscopique est négatif.

Cette observation est contraire à l'idée admettant qu'originellement l'organe central de la parole siège dans les deux hémisphères, que par le résultat de l'habitude l'hémisphère gauche se l'approprie et que l'autre hémisphère en restant inactif devient de plus en plus inhabile à remplir la fonction. De cette conception l'enfant eut dû parler avec son hémisphère droit.

Ce fait à cause de la concomitance de l'hémiplégie infantile nous a paru devoir être rejeté.

OBSERVATION III

(Clarus, 1874.)

Enfant de trois ans. Il ne pouvait prononcer que des mots séparés et il disait papa et maman.

Il s'agit là simplement de retard dans la parole et non d'alalie idiopathique.

OBSERVATION IV

(Broadbent.)

Garçon de douze ans, comprenait tout ce qu'on lui disait, faisait des commissions mais ne pouvait dire que « yes, no, father, mother ». Il prononçait ces deux derniers noms comme « face » et « moce », à toutes les questions il donnait comme réponse un indistinct « Keiger, Kruger ». Ce n'est qu'exceptionnellement qu'il émettait quelques autres mots, tels que « all right » « thank you ». Il écrivait son nom, copiait aussi des figures ou quelques mots d'une carte imprimée, mais ne pouvait répondre par écrit à notre demande ni « yes » ou « no » ou le nom de la rue où il demeurait, il ne comprenait pas non plus les demandes écrites aussi simples qu'elles soient ; écrivait par exemple au lieu de « no » « lalive » et « ache » au lieu de « card », alors qu'il n'était pas en état de relier les signes écrits aux sons vocaux et qu'il ne comprenait pas une phrase écrite et imprimée, il comprenait d'une merveilleuse façon, par exemple, pour le temps et l'heure, il pouvait écrire son âge. Sa langue se mouvait librement et il pouvait répéter avec quelques peines tout l'alphabet.

OBSERVATION V

(Ladreit de Lacharrière, 1876.)

Petite fille de quatre ans et demi, d'apparence chétive. A eu des convulsions à plusieurs reprises. Sevrée très en retard. Marchait quand il la vit depuis deux mois seulement. Entendait, comprenait parfaitement, ne disait aucun mot.

Elle fut soumise à un traitement reconstituant (sirop d'odore de fer, frictions avec l'eau-de-vie camphrée, bains sulfureux). Quatre ou cinq mois après le traitement elle fut prise d'une certaine vivacité, commençait à parler et disait un assez grand nombre de mots. Le langage s'est depuis amélioré en même temps que la santé.

OBSERVATION VI

(Ladreit de Lacharrière, 1876.)

Fille de cinq ans et demi, dit seulement papa et maman. Elle a une bonne attitude, une physionomie ouverte et intelligente. Son tempérament est très nerveux, son caractère violent. A deux ans, au moment de l'apparition des grosses dents, sont survenus des convulsions. Après un traitement de trois mois, l'enfant prononçait un certain nombre de mots, le mieux a progressé.

OBSERVATION VII

(Ladreit de Lacharrière, 1876.)

Enfant de quatre ans et demi, entendant parfaitement. Intelligence assez bonne. Santé parfaite, très nerveux. La dentition s'est faite normalement. Il n'a, sans être malade, commencé à marcher qu'à deux ans et demi. Le retard de la parole est chez lui héréditaire. Sa mère a parlé tard et à sept ans se faisait mal comprendre. Il n'a pas suivi cet enfant.

OBSERVATION VIII

(Ladreit de Lacharrière, 1876.)

Petit garçon de trois ans et demi, bien portant, intelligent, entendant bien, comprenant parfaitement ce qu'on lui disait. Il ne prononçait que papa et maman. Il s'efforçait de parler en un langage inintelligible. La mère avait quatre enfants, l'aîné n'avait parlé qu'à trois ans, les deux autres à l'époque ordinaire.

OBSERVATION IX

(Ladreit de Lacharrière, 1876.)

Garçon âgé de dix ans, entre à l'institut en 1869. L'instruction commencé chez lui est rudimentaire, il ne savait écrire que son nom et non celui de son pays. On avait cherché à lui apprendre à

parler et il ne prononçait que les mots « papa, maman », mais sa voix était aussi défectueuse que celle des sourds-muets de naissance et rebelle au langage articulé. Quand il arriva à Paris c'était un joli enfant. Tête petite, front fuyant, grands yeux noirs, clairs et intelligents. Un peu triste, pas remuant comme à son âge. Doux, obéissant, propre sur lui et dans ses habitudes. Il a suivi les cours d'études, était toujours le dernier de sa classe et constamment en retard sur les enfants de son âge. Il sait lire, écrit facilement mais ne saurait faire une narration écrite, ni un récit d'action de quelque durée.

Placé à l'atelier de jardinage, il remplit bien sa tâche mais manque d'initiative. Sa faculté la plus en défaut est la mémoire. Il est moins intelligent qu'il ne le paraît à première vue. Depuis sept ans qu'il est à l'institut la parole ne s'est pas développée ; il répond par signes, judicieusement et à propos. La parole est sans attrait pour lui, il ne fait aucun effort pour la conquérir. Il entend très bien

OBSERVATION X

(Ladreit de Lacharrière, 1876.)

Garçon de dix ans, entre à l'institut en 1875. Tête très petite. Physionomie très mobile. Paraît très peu intelligent. En classe il n'est pas en retard sur ses condisciples. Il a appris à écrire le nom de ses camarades. Quand on lui donne un ordre simple il l'exécute bien. Son intelligence paraît se développer aussi bien que celle de jeunes sourds-muets très intelligents. Une application et une attention quelque peu soutenues lui manquent, sa mémoire est infidèle.

L'état mental de ces deux sujets ne suffit pas à entraîner leur incapacité des droits civils. (Ladreit de Lacharrière.)

Nous avons pris dans le mémoire de Ladreit de Lacharrière comme se rapportant à notre sujet. Ces observations qu'il cataloguait sous la rubrique de mutisme par trouble de la santé générale et mutisme de cause cérébrale.

OBSERVATION XI

(Hartmann, 1880.)

Garçon sept ans, n'ayant appris qu'incomplètement à parler. Il fut dépeint par ses parents comme très intelligent ; il jouait avec les autres enfants, se laissait employer au ménage, mais n'était pas en état de parler d'une façon continue quoiqu'il pût exprimer ses désirs par des mots séparés. Pour dire qu'il voulait rentrer à la maison avec le tramway à chevaux, il disait « Pferd bim bim nacher ». Il ne répondait pas à ce qu'on lui demandait au cours de la conversation ; il comprenait la plus grande partie de ce que lui disaient ses parents. Il fut envoyé en observation à l'école des sourds-muets d'où on lui répondit que d'après des expériences faites il était peu intelligent.

OBSERVATION XII

(Hartmann, 1880.)

Petite fille de six ans, bien portante quoique délicate, n'avait encore à cet âge appris la parole que pour se faire comprendre difficilement. Son audition était normale et elle comprenait ce qui lui était dit. Elle prononçait bien les voyelles, les consonnes étaient en grande partie estropiées, et parmi celles-ci, celles qui sont les plus difficiles à prononcer : r, l, sch., et parmi les plus faciles : s et f. Les sons de langue postérieurs étaient également mal formés : g, h, sch., alors que les explosives antérieures et parmi les résonnantes, m, était bien prononcé.

En lui faisant répéter plusieurs fois des mots souples, en corrigeant ses fautes et en lui conseillant de se donner de la peine dans sa prononciation, son langage devint aussitôt plus normal.

Il ne lui parut pas nécessaire d'admettre dans ce cas une maladie cérébrale avec siège dans les lobes antérieurs.

OBSERVATION XIII

(Steffen, 1885.)

Garçon de huit ans.

Parents bien portants.

Développement de l'enfant pendant les deux premières années, comme celui des autres enfants. A ce moment il ne pouvait rien dire de lui-même, mais répétait des mots et des phrases. Jamais aucune maladie. Bien constitué. Fait peu attention à l'entourage et paraît ainsi ne pas entendre les questions qu'on lui pose. Vivement secoué, il ne répond pas avec des mots nouveaux, mais répète seulement les dernières syllabes du dernier mot de la question posée. Sans incitation il ne parle pas. Quand il répète, c'est doucement et indistinctement la bouche peu ouverte. La plupart du temps il s'assied tranquillement et regarde droit devant lui. Jamais il ne joue avec les autres enfants. Rire spasmodique, mouvements normaux, sens intacts. Il entre à l'hôpital pour la scarlatine. La surveillante lui apprend les mots usuels en lui montrant les objets correspondants. Il a toujours difficulté à les prononcer. Changeant de salle, il oublie le nom de certains objets, sait son nom et son lieu de naissance. Quant à la lecture et à l'écriture, ses facultés étant peu développées, aucune tentative n'a été faite à ce sujet. A sa sortie, il est à peu près dans le même état en ce qui touche à la parole. L'enfant n'entendait que peu ou pas, non à cause de l'absence des nerfs centripètes, mais d'attention ; aussitôt qu'on excitait celle-ci, il comprenait bien ce qu'on lui disait. Le langage intérieur est bon, mais la pensée ne peut être traduite par le mot.

La voie du centre des images auditives au centre des images motrices est intacte, c'est ce dernier qui est atteint. Les images auditives étant transmises directement au centre moteur, sans être retenues par la mémoire, l'enfant ne peut répéter que très peu de choses de ce qu'il vient d'entendre. Puisqu'aucune affection à invoquer, l'aphasie congénitale tient probablement au développement incomplet de la circonvolution de Broca dans les deux hémisphères.

OBSERVATION XIV

(*Aphasie congénitale* chez un enfant de quatre ans et demi.

Dally, 1887.)

Enfant de quatre ans et quatre mois qui, jusqu'ici, n'a pas parlé et prononce quelques syllabes redoublées sans signification. Il est intelligent, comprend tout ce qu'on lui dit, et exécute régulièrement tous les actes en rapport avec son âge. Il n'a pas de déformation du crâne, les muscles de la bouche et du pharynx sont normaux. Sauf que le malade est un peu cagueux, il ne diffère en rien des enfants de son âge. Les parents, les frères et sœurs n'offrent rien d'anormal.

OBSERVATION XV

(*Idioglossie*, Hale White et Golding Bird. 1891, deux cas.)

A P... et R. P..., deux frères. Plusieurs cas d'aliénation mentale dans la famille. Tous les deux intelligents, écrivent sans fautes et entendent tout ce qu'on leur dit. Aucune anomalie du côté du pharynx ou du nez. Quand ils parlent, prononcent les mots d'une façon tout à fait inintelligibles. L'anomalie de prononciation revêt toujours la même forme pour le mot, et chaque malade a son jargon particulier, compris seulement des gens habitués à l'entendre. Par exemple, A. P... prononçait toujours le mot « Bingdom » « tido », tandis que R. P... prononce « kidaou ».

Chacun des enfants parle donc une langue qui lui est propre, et que personne d'autre ne parle, d'où le nom d'idioglossie. La sœur de ces enfants est légèrement atteinte, et son langage est intelligible.

L'un des frères est gaucher, et cette anomalie paraît être assez grande dans ces cas d'idioglossie. Grâce à un traitement analogue à celui des sourds-muets, ils ont fait des progrès.

Il est possible que cette affection curieuse est due à une anomalie des centres cérébraux, et que l'imitation ne joue pas le rôle essentiel dans son étiologie.

OBSERVATION XV *bis*

(F. Taylor.)

Garçon de huit ans et demi, aucune anomalie physique, sauf une voûte ogivale. L'enfant comprend bien ce qu'on lui dit et écrit assez facilement, mais il prononce les mots d'une façon inintelligible. L'anomalie de conversation est toujours la même pour le même mot. Beaucoup de mots se terminent par syllabe *aïda* et *ida*. Ici aussi amélioration notable par le traitement oral.

Il s'agit d'une articulation défectueuse par suite du fonctionnement imparfait de certains centres cérébraux, moins susceptibles d'éducation que ceux d'un individu normal.

OBSERVATION XVI

(Gutzmann, 1893.)

Petite fille de quatre ans. Elle ne prononçait que le mot *äh* *äh*, par lequel elle désignait tout : son père, sa mère, boire, manger ; par lequel elle exprimait tout ses désirs et toutes ses volontés. L'enfant comprenait tout ce qu'on lui disait. Aux questions : montre-moi ta tête, ton oreille, ton œil, ton soulier, ta main, ta chaise, la lampe, elle montrait aussitôt et exactement ce qu'on désignait. Elle faisait ce qu'on lui commandait quand on lui disait : « Donnes-moi le livre, vas vers la porte, viens ici ». Elle n'avait aucun désir de parler. L'organe de la parole était parfaitement constitué. Je conseillais à la mère de donner à l'enfant, pour l'amuser, des jouets, en les désignant par des sons simples ou même produisant des sons simples. La mère lui acheta un petit mouton qui, lorsqu'on le pressait, faisait *bäh*. Quand on eut souvent montré cet objet à l'enfant et que la mère eut souvent dit *bäh* devant elle, sans exercer aucune contrainte pour le lui faire répéter, la mère vint un jour joyeuse me dire que l'enfant avait aussi dit *bäh*. On continua ainsi, et assez rapidement (en six mois) l'enfant pouvait prononcer un assez grand nombre de mots. L'enfant, dans ce cas encore, avait tardivement appris à marcher, quoiqu'elle fut bien constituée.

OBSERVATION XVII

(Gutzmann, 1894.)

Garçon de quatre ans, de constitution corporelle et intellectuelle normale, porteur d'adénoïdes, entendant bien ; a marché à la fin de la deuxième année ; son frère, âgé de six ans, ne dit, comme lui, que quelques mots.

OBSERVATION XVIII

(Gutzmann, 1894.)

Garçon de quatre ans. Constitution physique et intellectuelle bonnes, ouïe bonne ; a marché à la fin de la deuxième année ; ne parle pas. Il a également des adénoïdes.

OBSERVATION XIX

(Gutzmann, 1894.)

Garçon de quatre ans. Corps, intelligence, ouïe normaux. Pas d'adénoïdes. A marché au début de la troisième année. Il a eu des convulsions lors de la dentition et ne parle plus.

OBSERVATION XX

(Gutzmann, 1894.)

Garçon de six ans, faible, petit, rachitique, intellectuellement quelque peu arriéré ; a marché au début de sa troisième année. A des adénoïdes. Sa sœur, plus âgée, bégaye ; son frère de trois ans ne parle pas. La grand'mère a eu un trouble mental. Il ne parle pas.

OBSERVATION XXI

(Gutzmann, 1894.)

Garçon de six ans, de corpulence, intelligence normales. Entendant bien, porteur d'adénoïdes, ne prononce pas un mot.

OBSERVATION XXII

(Gutzmann, 1894.)

Garçon de huit ans, scrofuleux ; au premier abord semble être idiot, mais a fait de bons progrès par le traitement ; il entend bien, a des adénoïdes. Il a marché au début de sa troisième année. Son frère, âgé de quatre ans, ne parle pas, et lui-même ne dit aucune parole.

OBSERVATION XXIII

(Gutzmann, 1894.)

Petite fille de quatre ans, d'aspect physique et intellectuel normal. Entendant bien. Pas d'adénoïdes. Pris la rougeole à un an et demi. A marché au début de la deuxième année ; dit quelques mots.

OBSERVATION XXIV

(Gutzmann, 1894.)

Petite fille de cinq ans, normale, tant psychiquement que corporellement, a l'audition intacte, a marché au début de sa deuxième année. N'a pas d'adénoïdes, dit quelques mots.

OBSERVATION XXV

(Gutzmann, 1894.)

Petite fille de sept ans, peu intelligente ; faible, avec des adénoïdes, a une tante faible d'esprit. Quoique entendant bien, elle dit seulement quelques mots.

OBSERVATION XXVI

(Un cas d'aphasie congénitale chez un enfant de cinq ans.

Herzen, 1895.)

Enfant de cinq ans ; parents et quatre sœurs bien portants. Ni tuberculose, ni syphilis dans la famille. Grossesse et accouchement normaux. Petit garçon suffisamment développé pour son

Âge, tête bien conformée, regard intelligent. Pas de maladie. Jusqu'à trois ans savait à peine prononcer les mots papa, maman, manger, boire, qui formaient tout son vocabulaire. A trois ans, chute sur la tête d'une hauteur de 85 centimètres, suivie de perte de connaissance. N'eut ni paralysie, ni convulsions à ce moment et se rétablit en dix jours. Le traumatisme eut lieu sur la région temporale droite (enfant droitier). Depuis, l'enfant a appris quelques mots nouveaux qu'il prononce mal. Mobilité de langue entière, ouïe intacte. Il comprend tout ce qu'on lui dit. Aucune trace de paralysie, ni d'atrophie, mais impossibilité de prononcer une phrase. Organes de phonation normaux, crâne symétrique.

Il s'agit d'un cas d'aphasie congénitale idiopathique.

OBSERVATION XXVI *bis*

(Ladame.)

En analysant ce cas dans la *Revue de Neurologie*, Ladame rappelle qu'il en a vu un analogue chez un enfant de sept ans, dont le père avait été interné pour un accès de manie. Il pense qu'il s'agit de lésions bilatérales du centre de Broca, mais le manque d'autopsie rend cette supposition purement hypothétique.

OBSERVATION XXVII

(Mielecke, 1896.)

Enfant de sept ans. Développements intellectuel et corporel normaux pour son âge ; d'aspect, en somme, parfaitement normal. S'intéressait à ce qui l'entourait. Regardait avec intérêt les images et les autres objets qu'on lui présentait ; comprenait ce qu'on lui demandait verbalement ; entendait bien. Tout son langage articulé consistait en sons inintelligibles et en le mot *la'a*, par lequel il avait primitivement désigné le chocolat, qu'il mangeait volontiers ; plus tard, il s'en servait à toute occasion. Par un traitement curatif, la parole se développa rapidement, si bien qu'il put ensuite aller à l'école publique, où il fait actuellement de grands progrès.

OBSERVATION XXVIII

(Thèse de M^{lle} Bélianine, 1897-1898.)

Garçon ni sourd, ni idiot, ni mal conformé, âgé de six ans. Il comprend ce qu'on lui dit. Les organes de la parole sont bien conformés. Il ne fait aucune tentative pour articuler ou prononcer les mots. Lorsqu'il veut attirer l'attention sur lui, il pousse un cri aigü, comme un aboiement. Pas d'hérédité fâcheuse.

OBSERVATION XXIX

(Lavrand, Lille, 1896.)

Clémence R..., huit ans, n'a jamais parlé, essaye quelquefois, rarement du reste, de prononcer des syllabes, comme « papapa », « manmanman ». Il est frappant de voir chez elle l'absence d'efforts pour parler ou pour répéter même les sons articulés. L'audition est bonne : Je lui demande, me plaçant derrière elle, d'apporter une chaise, elle va la chercher. Très distraite, s'occupe de toute autre chose que ce sur quoi on veut attirer son attention, tourne la tête à droite, à gauche, un peu à la façon d'un oiseau. L'auteur avait conseillé une éducation systématique pour développer son langage. A cause de ce défaut d'application le résultat fut, au bout d'un an, des plus incomplets. Elle articulait pourtant quelques mots. Il est vrai que, placée dans une institution de sourds-muets, elle n'était pas tout à fait dans un milieu convenable : la méthode s'adressait plutôt à une autre catégorie de sujets.

Rien ni dans ses antécédents héréditaires et personnels.

En résumé : mutisme chez une entendant avec intelligence peu développée, mais suffisante pour qu'elle puisse parler.

OBSERVATION XXX

(Lavrand, Lille, 1896.)

Maurice V... fut envoyé en classe vers trois ans bien qu'il ne prononçât pas une syllabe. Il n'était pas sourd. Mêlé aux autres

enfants, il n'essayait aucunement de parler. Chez lui, il comprenait, entendait, mais jamais il ne faisait le moindre effort pour parler ou articuler. A cinq ans aucun résultat n'était obtenu, malgré sa vie scolaire au milieu de camarades parlants. Une religieuse s'en est occupé spécialement, et, pendant plusieurs mois, il a fallu lui répéter « Bonjour maman » avec une persévérance digne d'éloges pour le décider à tenter de reproduire ces mots, mal d'abord, puis de mieux en mieux. Cela fait, il a appris assez rapidement à parler. Rien dans ses antécédents familiaux ou personnels. Intelligence plutôt bonne, il a fait un élève ordinaire. Il y a deux ans, en 1894, à l'âge de dix-huit ans, il parlait comme tout le monde.

Donc, il s'agit d'un cas de mutisme jusqu'à ce qu'une éducation particulière ait réveillé une fonction qui se développe seule chez l'enfant ordinaire.

OBSERVATION XXXI

(Lavrand, Lille, 1896.)

Louis R..., cinq ans, bien portant, intelligent. Rien de particulier chez ses parents, frères ou sœurs. N'a jamais parlé, ne dit que « papa, maman ». N'a jamais fait d'essais. S'exprime par gestes, comprend et entend bien. Rien dans ses antécédents personnels. A force de lui répéter « Bonjour maman » on est arrivé, au bout de plusieurs mois, à ce qu'il bredouillât quelques choses. Aujourd'hui, il prononce des phrases entières très facilement.

Donc, ici, une fonction qui ne s'est pas développée pendant plusieurs années, s'est réveillée sous l'effet de l'éducation.

OBSERVATION XXXII

(De H. Gutzmann, rapportée par le Dr M. Pal, 1900.)

W. G..., âgé de cinq ans, gros et fort garçon, d'après ses parents n'a jamais parlé. A trois ans, inflammation des poumons ; à deux ans, Baginsky lui a enlevé des adénoïdes, et à un an Demmler les amygdales. Chez lui était très vif et commençait à dire « papa, maman ». Quand on lui demandait de montrer

dans un livre la maison, l'arbre, il le faisait bien, mais il n'est pas arrivé à répéter les mots. En compagnie de son frère, il dit « oui, non ». Après trois mois d'enseignement il avait appris quelques cris d'animaux : « Mäh, wau, pipi. » Avec, il répondait à la question : comment fait le mouton, le chien, l'oiseau. Il pouvait répéter aussi le mot poupée. Il fut renvoyé parce qu'on n'espérait pas avoir plus de succès.

OBSERVATION XXXIII

(Personnelle, prise dans le service du Dr Lannois, 1900.)

O... (Pierre), cinq ans, petit garçon.

Antécédents héréditaires. — Père bien portant ; mère nerveuse, n'a jamais eu de crises.

Rien du côté des grands parents.

Un frère de la mère blême.

Pas de consanguinité.

Pas de troubles nerveux ou mentaux dans la famille.

Ni syphilis ni éthylisme.

Un frère, né à terme, âgé de dix mois, bien portant.

Antécédents personnels. — Né à terme. Accouchement normal.

Pas d'état d'asphyxie à la naissance.

Pas de convulsions.

Rougeole et coqueluche.

Avait toutes ses dents à dix-huit mois.

A commencé à marcher à dix-huit mois.

Pas de signes de spécificité.

Troubles de la parole. — A commencé à dire « papa » et « maman » seulement à deux ans. Actuellement, son vocabulaire comprend un certain nombre de mots : « bibi », « tou » pour « sou », « tata » pour « kaka », « mirot », nom de son chien, etc. Mais il ne peut faire aucune phrase. Il répète bien les mots qu'on lui dit, mais pas toujours correctement. Ainsi il prononce « i » pour « oui », met des t à la place des s. Il articule mieux quand

on lui fait syllaber le mot. Ainsi il articule bien « ma-da-mè », qu'il prononce d'une façon incompréhensible autrement. Il ne cherche pas à employer les mots qu'on lui apprend, mais utilise des sons inarticulés et incompréhensibles pour se faire comprendre de son entourage. Il ne manifeste pas le désir de parler spontanément, et quand on essaye de lui apprendre à articuler un mot il se fatigue et s'énerve rapidement.

A l'école on ne lui a pas encore appris à lire, et comme écriture il en est encore à faire des barres.

État intellectuel. — Il comprend très bien ce qu'on lui dit, exécute bien les ordres verbaux, imite bien ce qu'il voit, s'intéresse à tout ce qui l'entoure.

Il est très agité, ne reste jamais en place, souvent la nuit il saute de son lit. Il n'est nullement sauvage et très docile. Ne se salit point, accomplit seul ses divers besoins.

Organes des sens. — Aucun trouble. Il entend très bien.

Organes de la parole. — Pas de trouble périphérique.

Aspect physique. — Il a une taille proportionnée à son âge, mais à l'aspect chétif. Ni hydro, ni microcéphalie. Dentition normale. Rien du côté de ses membres supérieurs ou inférieurs.

OBSERVATION XXXIV

(Personnelle, prise dans le service de M. le Dr Lannois, 1900.)

Marie G..., dix ans.

Antécédents héréditaires. — Père âgé de quarante ans, bien portant, éthylisme avant la naissance de l'enfant.

Mère âgée de trente-quatre ans, bien portante, n'a jamais eu de crises nerveuses.

Pas de renseignements sur les grands parents paternels ; les grands parents maternels sont vivants et bien portants.

Oncles et tantes paternels et maternels bien portants.

Aucun trouble de la parole, ni nerveux, ni mental dans la famille.

Cinq frères ou sœurs sont nés à terme :

- 1° L'aîné à quatorze ans ;
- 2° La petite malade ;
- 3° Mort à deux mois avec des convulsions ;
- 4° Mort à vingt-deux jours ;
- 5° Mort à dix-neuf jours.

Aucuns n'a eu d'éruptions sur les fesses, la paume des mains ou la plante des pieds.

Pas de syphilis connue chez le père ni chez la mère.

L'autre enfant n'a pas de trouble de la parole. /

Antécédents personnels. — Née à terme. Accouchement normal. Pas d'asphyxie à la naissance.

Pendant la grossesse la mère a eu des ennuis du fait de l'alcoolisme du père.

A eu ses premières dents à ? A marché pour la première fois à vingt mois. Ni convulsions, ni incontinence nocturne d'urines.

Troubles de la parole. — La petite malade n'a commencé à parler qu'à deux ans. Actuellement son vocabulaire est très limité et non en rapport avec son âge, les mots sont mal articulés et souvent incompréhensibles.

On ne sait à cause de la difficulté de sa parole si elle sait lire. Elle écrit correctement son nom, Lyon, papa, maman ; elle ne peut arriver à recopier les mots « hospice » « consultations », mais elle copie l'imprimé en écriture courante.

État intellectuel. — Elle entend bien ce qu'on lui dit, exécute les ordres qu'on lui donne. A l'école, d'après sa mère, elle apprendrait facilement. Elle fait facilement de la broderie, elle accomplit avec facilité les travaux manuels, elle satisfait seule et avec propreté à tous ses besoins.

Elle est très docile, ne commet aucun acte de méchanceté. Elle joue avec les enfants, mais surtout ceux au-dessous de son âge.

Elle ne semble pas cependant très développée intellectuellement.

Organes des sens. — La petite malade entend tout ce qu'on lui dit. La montre qu'on n'entend guère qu'à 40 centimètres, est entendue de l'oreille droite à 20 centimètres et de la gauche à

40 centimètres. A l'examen de l'oreille : épaissement triangulaire à la partie antérieure du tympan.

Les autres organes des sens sont normaux.

Organes périphériques de la parole. — Rien du côté du voile du palais, de la langue, des lèvres.

Ni grosses amygdales, ni adénoïdes.

Troubles moteurs. — Au moment où nous voyons la malade elle est atteinte de chorée depuis deux mois (il s'agit d'une chorée de Sydenham).

Mais avant la malade n'en présentait aucun.

Troubles sensitifs. — La petite malade ne semble pas en avoir.

Troubles sensoriels. — Les sens sont intacts. Les mouvements des globes sont normaux, ni strabisme, ni nystagmus.

Ni troubles réflexes, ni trophiques, ni sphinctériens.

Stigmates de dégénérescence. — Taille normale pour son âge. Asymétrie faciale osseuse : la bosse frontale gauche est moins saillante, la face est aplatie à gauche. Le lobule de l'oreille est adhérent des deux côtés, oreille de Féré net à droite, esquissée seulement à gauche. Dentition normale, pas de voute ogivale.

Pas de scoliose.

Stigmates spécifiques. — Point.

Viscères normaux.

Urines. — Ni albumine, ni sucre.

OBSERVATION XXXV

(Personnelle, prise dans le service de M. Lannois, 1900.)

Jean V..., sept ans.

Antécédents héréditaires. — Père a parlé à l'âge normal, mais il a un trouble de la parole difficile à préciser, car nous ne l'avons pas examiné ; d'après les indications données par sa femme, il parlerait vite et mangerait quelques lettres dans les mots. Très nerveux. Pas d'excès éthyliques.

Mère n'a pas de renseignement sur le début de la parole chez elle. Pas de trouble de la parole. Bonne santé, pas de spécificité.

Grand-père paternel a le même trouble de parole que le père.

Rien du côté des grands parents maternels.

Une tante maternelle a eu des crises nerveuses.

Une sœur, âgée de trois ans, parle bien ; un frère, mort à un an de ? parlait déjà.

Antécédents personnels. — Rien à noter durant la grossesse. Accouchement a duré deux heures. Pas de forceps. Asphyxie à la naissance. Né à terme. Pas de convulsions. Pas d'incontinence nocturne d'urines. Terreurs nocturnes.

Premières dents à neuf mois. A marché à un an.

Aucune maladie grave.

Troubles de parole. — Il a dit papa et maman avant un an, puis il a été très long à apprendre des mots. Il ne peut faire aucune phrase. Il dit : « pus » pour « plus », « taud » pour « chaud », « ça bûle » pour « ça brûle », « papeau » pour « chapeau », « touteau » pour « couteau ». Il dit de nombreux mots qu'on ne comprend pas. Il dit bien « non », mais ne peut prononcer le mot « oui ». Il ne peut articuler ni r, ni ch, ni s, ni l. Il répète bien les mots, mais, quand on met de l'insistance à les lui faire dire, il se fâche.

Troubles intellectuels — Il comprend tout ce qu'on lui dit, il distingue bien les objets les uns des autres. Il manifeste le désir de parler. Il aurait bonne mémoire, d'après sa mère, et une attention suffisante. Il imite facilement ce qu'on fait de manuel devant lui. Il n'est jamais allé à l'école et n'a encore appris ni à lire, ni à écrire. Il est un peu têtu, quoique docile ; il se met aisément en colère. Il s'amuse comme un autre enfant ; il s'habille seul, mange seul, et demande pour satisfaire à ses divers besoins. Il manifeste ainsi ses besoins : pipi, kaka, à ba, du pain (signifie à manger), etc. Il perd un peu sa salive en parlant.

Troubles sensoriels. — Aucun ; il entend très bien, on lui fait facilement exécuter un ordre en se plaçant derrière lui, et sans élever la voix. L'examen de l'oreille ne révèle rien d'anormal.

Troubles des organes de la parole. — La langue se meut bien ainsi que les lèvres, ni grosses amygdales, ni adénoïdes.

Aspect physique. — L'enfant est grand et gros, d'aspect florissant.

Troubles moteurs. — Mouvements et force musculaire normaux. Pas de contracture des membres, ni aucune raideur à l'occasion de la marche, les réflexes rotuliens ne sont pas exagérés.

Stigmates de dégénérescence. — Asymétrie faciale osseuse, moitié G de la face plus aplatie, bosse frontale moins saillante. Pas d'anomalie des oreilles. Dentition normale (quelques dents gâtées). Voûte palatine peu excavée et basse. Pas d'anomalie des organes génitaux.

OBSERVATION XXXVI

(Due à l'obligeance de M. Lannois, juin 1899.)

Claude G..., trois ans et demi.

Antécédents héréditaires. — Rien de spécial du côté des parents.

Du côté de la mère, un cousin a deux enfants qui n'ont parlé qu'à six ans ; du côté paternel, une cousine aurait parlé très tard et le fils de celle-ci a également parlé très tard et parle encore très mal. Il suit cependant des classes pour le baccalauréat. Pas de consanguinité.

Un frère de deux ans commence à bien parler.

Antécédents personnels. — Accouchement après soixante-quinze heures de douleurs, application de forceps, circulaire autour du cou, mais l'enfant a crié de suite.

Pas de convulsions, ni de maladie grave. Pas d'énurèse nocturne.

Dents de bonne heure. Marche à dix-sept mois.

Affection actuelle. — On amène l'enfant parce qu'il ne parle pas ; la mère le dit très intelligent, il s'intéresse à tout. Il tire très bien la langue, il n'a ni grosses amygdales, ni végétations.

Aucune malformation. Les réflexes rotuliens sont un peu forts, mais pas de trépidation épileptoïde. Il semble entendre tout ce qu'on dit et exécute tous les ordres qu'on lui donne, sans qu'on ait besoin d'élever la voix. Il dit quelques mots et donne seulement l'impression d'un enfant arriéré.

Revu au mois d'avril 1900, il a fait beaucoup de progrès depuis janvier, et surtout depuis un mois. Sa mère s'est occupée de l'éduquer. Son vocabulaire s'est beaucoup enrichi. Il dit un assez grand nombre de mots, mais incompréhensibles pour les personnes autres que l'entourage : « ati » pour « merci », « enco » pour « encore », « audaa » pour « soldat », « co » pour « alcôve », « yeyé » pour « soulier », « cõt » pour « culotte », « yaïe » pour « ça saigne ». Il dit très correctement « adieu ». Il ne peut prononcer surtout ni les l, ni les r.

Au 16 octobre 1900, le petit malade n'avait pas fait de grands progrès, ce que le père attribue à une coqueluche grave qui l'a tenu tout cet été. Actuellement, il ne prononce toujours pas les r mais assez correctement les l. Il met beaucoup de t : « taise » pour « chaise », « tauteuil » pour « fauteuil ».

OBSERVATION XXXVII

(Personnelle, prise dans le service de M. Lannois, 1900.)

Louis B..., dix ans et demi, enfant élevé à la campagne, dont on s'est peu occupé.

Antécédents héréditaires. — Pas de trouble de la parole dans la famille ; un cousin et une cousine ont parlé de bonne heure.

Pas d'affection nerveuse ou mentale. Six frères ou sœurs, tous ont appris à parler de bonne heure et parlent bien. Un garçon a uriné au lit jusqu'à six ans. Tous ont marché et eu leurs dents tôt. Tous nés à terme.

Pas de spécificité ni éthyliste ?

Antécédents personnels. — Né à terme, accouchement normal, pas d'asphyxie. Premières dents tardivement. A commencé

à marcher à dix-huit mois. Jamais de suppuration d'oreilles ni affection antérieure. Il s'est, dans les premiers temps de sa vie, comporté comme les autres enfants.

Troubles de la parole. — A deux ans, il disait seulement papa, maman, il ne dit actuellement que quelques mots seulement. Il répète bien l'alphabet, il dit cependant t pour c et s, prononce mal y et z. Il répète bien maman, papa, madame, bébé. Il lit bien l'alphabet et semble même lire des phrases, mais l'articulation défectueuse ne permet pas de bien saisir ce qu'il lit. Il écrit seulement son nom assez correctement.

Troubles intellectuels. — Il comprend tout ce qu'on lui dit, il fait toutes les commissions qu'on lui donne. Il n'aime pas à parler quand il veut demander quelque chose, il le fait comprendre par signes. Il s'intéresse à tout ce qui l'entoure. Il paraît mou, indolent. Sa mimique n'est pas très expressive. Il n'est pas sauvage du tout, très docile, dans le service il est le premier à comprendre et à exécuter ce que lui demande la sœur. Il est allé à l'école, mais on ne s'en est pas occupé particulièrement. Il s'amuse bien avec ses camarades. Il s'habille et se déshabille facilement seul, mange très bien seul, ne se salit pas, ne perd pas sa salive. Il se tient correctement debout ou assis.

Organe des sens. — Rien à signaler. Au premier examen, il paraît dur de l'ouïe, mais il semble qu'il ne s'agisse pas de surdité vraie, mais de pseudo-surdité : alors qu'il semble ne pas percevoir des bruits faits derrière lui, il se retourne toujours quand on l'appelle par son nom en se plaçant derrière lui, et il répète les mots qu'on lui dit sans qu'on crie très fort. L'examen des oreilles montrent deux tympons gris, sans triangles lumineux. Il s'agit plutôt ici d'un défaut d'attention (pseudo-surdité) que de surdité physique vraie.

Organes de la parole. — La langue, le voile du palais, les lèvres fonctionnent bien. Mais, quand il parle, il ouvre à peine la bouche et remue peu la langue ; ni grosses amygdales, ni adénoïdes.

Troubles moteurs. — Mouvements, force des membres nor-

maux. Ni différence de volume, ni de longueur, préhension, marche absolument normales. Aucune contracture.

Stigmata de dégénérescence. — Bien développé pour son âge, taille 1^m 27, poids 27 kilogrammes 500. Tête très volumineuse, la plus grande circonférence horizontale, passant en avant par la ligne sus-orbitaire, et en arrière, par le point occipital, maximum a 0^m 55 ; or, le maximum de dix à onze ans est de 54,5, et la moyenne de 54,5. (Bonthay, thèse de Lyon 1897, *Étude sur la tête au point de vue céphalométrique*.) L'indice céphalique est de 0,80 (sous brachi-céphal). Le front est petit. Asymétrie crânienne et faciale osseuse : bosse frontale gauche moins saillante, crâne et face plus aplatis à gauche, sourcil gauche plus bas. Oreilles un peu grandes, mais normales. Dentition régulière. Pas de voûte ogivale. Pas d'onicophagie. Pas de scoliose. Organes génitaux peu développés, testicules petits. Deux petits nævi pimentaires.

Stigmata spécifiques. — Aucun.

OBSERVATION XXXVIII

(Due à l'obligeance de M. le Dr Dreyfus.)

Jean V..., huit ans.

Antécédents héréditaires. — Père a parlé tard. Une sœur du père n'a commencé qu'à deux ans et demi, de même le fils de cette dernière a eu du retard. Pas de renseignements sur les grands parents paternels. Rien du côté maternel.

Pas d'affection nerveuse ou mentale dans la famille.

Ni éthylisme ? ni spécificité ?

Antécédents personnels. — Né à terme, grossesse et accouchement normaux. Premières dents à cinq mois. Début de la marche à deux ans et demi. Convulsions au moment de la dentition. Méningite vers cinq mois. Nouvelles convulsions à trois ans. Incontinence nocturne d'urines, actuellement persistante. Pas de terreurs nocturnes.

Un frère et une sœur qui ont marché normalement et sont bien portants.

Pas de stigmates spécifiques chez lui.

Troubles de la parole. — On ne sait à quel âge il a commencé à parler. Actuellement il dit bien « papa » « maman » « pupée » pour « poupée », « papeau » pour « chapeau ». Il ne peut prononcer les r. Quand il parle ses lèvres et sa langue remuent peu. Son vocabulaire est limité ; il répète bien les mots qu'on lui dit. Beaucoup de mots sont incompréhensibles. Ainsi il débite son *Pater* sans qu'on puisse saisir un seul mot.

On ne peut savoir s'il sait lire, car lorsqu'il s'y essaye, l'articulation des mots est si défectueuse, qu'on ne le comprend pas.

Il écrit correctement son nom.

État intellectuel. — Il paraît vif, intelligent, s'intéresse à tout ce qui l'entoure ; a une mimique des plus expressives. D'après sa mère il se comporte comme un enfant de son âge, sauf qu'il ne parle pas. Il comprend tout ce qu'on lui dit par la parole ; il exécute bien tous les ordres qu'on lui donne verbalement. Il aurait, d'après sa mère, une bonne mémoire. Il est très docile, cependant violent. Joue avec des enfants de son âge, mais les bat souvent.

Organe des sens. — Il n'aurait entendu qu'à l'âge de six ans. Actuellement normaux ; il entend parfaitement ce qu'on lui dit.

Organe de la parole. — Rien à signaler.

Troubles moteurs. — Ni paralysie, ni contracture des membres.

État physique. — Bien conformé pour son âge. Rien du côté de la face, ni du crâne.

Il a été mis dans un asile de sourds-muets, d'où il n'a retiré aucun bénéfice pour son éducation.

OBSERVATION XXXIX

(Duc à M. Jobert, externe des hôpitaux, 1900.)

J..., sept ans, petit garçon.

Antécédents héréditaires. — Pas de troubles nerveux ou de la parole dans la famille.

Ni alcoolisme, ni syphilis.

Sept frères ou sœurs sont nés à terme et normaux. Aucun n'a parlé tard.

Antécédents personnels. — Né à terme. Grossesse et accouchement normaux. On ne sait s'il a eu des convulsions ou de l'incontinence d'urines, mais il a eu des terreurs nocturnes. Aucune maladie antérieure.

Dentition et marche à époque normale.

Troubles de la parole. — A trois ans seulement il a commencé à dire « papa » et « maman », et encore ce dernier mot avec difficulté et peu souvent ; depuis il a continué à parler avec une extrême lenteur, ajoutant de loin en loin quelques mots à son vocabulaire. Il ne peut prononcer ni j, ni ch, ni surtout r, il est resté longtemps sans pouvoir prononcer les nasales, qui commencent maintenant à être à peine articulées distinctement. Lorsqu'il a la patience de répéter plusieurs fois un mot, il finit par le dire avec moins de difficulté. Il appelle par leurs noms plus ou moins estropiés tous les gens de son entourage. En jouant avec ses frères et sœurs ou ses camarades, il lance quelques mots isolés, quelquefois deux de suite, rarement plus et il ne les lie jamais entre eux.

Il parle enfin comme un enfant de trois ans.

État intellectuel. — Son intelligence paraît ordinaire, il comprend parfaitement tout ce qui se dit ou se fait autour de lui. Dans dix mois qu'il a passé à l'école il a à peine appris ses lettres, et dit à peu près seul son *Pater*. Sa mémoire paraît engourdi. Quand il ne peut se faire comprendre, il prend un air dépité

et tourne le dos en boudant ou se met en colère et pousse des cris d'impatience en tapant des pieds. Il est d'une nature affectueuse et câline. Il est extrêmement paresseux, d'un tempérament très mou ; il entre dans des colères furieuses, très courtes, à la moindre contrariété.

Organes des sens. — Intacts, surtout l'ouïe.

Organes périphériques de la parole. — Pas d'adénoïdes. Deux médecins qui l'ont vu n'ont rien trouvé de particulier dans ses organes, un autre a parlé de paralysie de la langue ?

État physique. — Fort et vigoureux, le plus robuste des huit enfants.

Troubles moteurs. — Dans sa démarche et ses mouvements il a toujours eu une sorte de raideur ; il est beaucoup moins souple et moins adroit que ses frères et sœurs.

OBSERVATION XL

(Personnelle, 1900.)

X..., fille de huit ans.

Antécédents héréditaires. — Père éthylique. Mère bien portante. Spécificité ?

Pas de renseignements sur les autres parents.

Six enfants. Trois sont morts avec des convulsions ; un autre a eu des convulsions au moment de sa dentition.

Aucun n'a eu ni du retard ni des troubles de la parole.

Antécédents personnels. — Née à terme. Accouchement normal. Circulaire autour du cou. Pas d'asphyxie à la naissance.

Pas de stigmates spécifiques.

Croup vers deux ans.

Début de la dentition à huit mois.

A commencé à marcher à deux ans.

Trouble de la parole. — A commencé à parler seulement vers deux ans. Mais sa parole était incompréhensible et l'est restée jusqu'à il y a six mois.

Actuellement vocabulaire assez complet, mais articulation encore défectueuse.

État intellectuel. — Aspect intelligent, pas sauvage. Comprend tout ce qu'on lui dit. A l'école elle n'apprend pas aussi bien que les autres enfants.

Organes des sens. — Intacts. Elle entend très bien.

Organe de parole. — Rien.

Aspect physique. — Taille normale. Tête petite. Pas de troubles moteurs des membres.

OBSERVATION XLI

(Due à l'obligeance de M. Parot, externe des hôpitaux.)

X..., âgé actuellement de vingt-deux ans.

Antécédents héréditaires. — Pas d'antécédents du côté de la parole. Mère asthmatique et nerveuse.

Un frère a parlé à neuf mois et une sœur à l'âge normal.

Ni éthylisme ni syphilis.

Antécédents personnels. — Rien pendant la grossesse. Né à terme. Accouchement normal, pas d'asphyxie. A marché tard. A commencé à parler seulement à trois ans. Pas de convulsions. N'avait pas d'adénoïdes.

Troubles de la parole. — Le premier mot qu'il ait dit à trois ans est le mot « yeu », parce que sa mère appelait son père « vieux », l'enfant disait « yeu » pour « papa ». Il a ensuite parlé difficilement. A dix ans, il articulait encore mal.

Troubles intellectuels. — Il était d'apparence intellectuelle normale.

Trouble des organes des sens. — Bonne audition et intégrité des autres sens.

Troubles moteurs. — Aspect physique normal. Ni paralysie ni contracture.

Actuellement, ce sujet, âgé de vingt-deux ans, est intellectuellement normal. Parle bien et facilement et est physiquement bien constitué.

Cette observation, quoique très incomplète, est intéressante en ce sens qu'il s'agit d'un sujet actuellement normal et qui a été atteint d'alalie idiopathique. Dans ce cas, on peut rétrospectivement penser que ce sujet n'avait aucun autre trouble que celui de la parole dans son jeune âge. Il est regrettable que nous n'ayons pas pu avoir la formule psychique actuel de ce cas pour voir s'il n'a pas un défaut de mémoire, d'attention, d'imitation, etc., et trouver peut-être ainsi le trouble qui a pu autrefois mettre obstacle au développement de sa parole.

CHAPITRE III

ÉTIOLOGIE

Ce point de la question est encore obscur ; les statistiques publiées, ou se réduisent à des chiffres, ou le classement de l'étiologie de chaque forme de mutité y est si mal ordonné, qu'on ne peut les utiliser. C'est ainsi que nous avons peu retiré de celles de Coën, Gutzmann, Oltuszewski. Quant aux observations publiées, elles sont, à ce point de vue, très incomplètes. Aussi les causes prédisposantes ne sont pas plus précisées nettement que la cause efficiente. Les facteurs invoqués héréditaires ou acquis, locaux ou généraux, sont d'une désespérante banalité.

I. — Hérédité.

1^o Nerveuse. — Dans deux cas de Gutzmann, on trouve dans l'un que la grand'mère est atteinte d'un trouble mental, et dans l'autre qu'une tante est faible d'esprit ; dans un cas de Ladame, le père avait eu des accès de manie, et dans ceux de Golding Bird et Hale White, il y aurait eu plusieurs cas d'aliénation mentale dans la famille. Dans nos observations, nous avons trouvé une mère asthmatique et nerveuse (une fois), et une tante maternelle

atteinte de crises nerveuses (une fois). D'après les observations d'Oltuszewski, au nombre de 1050, de 1892 à 1898, la majorité des troubles de la parole, en général, se rapporte à la famille des dégénérés.

2^o De troubles de la parole : soit homologues, soit hétérologues — Coën signalait déjà qu'on trouvait des arrêts semblables de la parole chez les ascendants ou d'autres arrêts de développement. Sur 289 cas, l'hérédité du trouble existerait 107 fois, soit 37 p. o/o. (Gutzmann.) Dans 120 autres cas, on aurait eu 40 p. o/o. (Gutzmann.) Le plus souvent c'est le père qui a parlé tard. (Gutzmann.) Le retard de la parole a été rencontré chez un frère par Ladreit de Lacharrière (1 cas), par Gutzmann (2 cas); dans un cas de Coën, la mère n'a parlé qu'à 6 ans et trois sœurs ont parlé également tard. Le bégaiement aurait été vu une fois chez une sœur du sujet. (Gutzmann.) Dans nos observations nous avons trouvé : un trouble de la parole difficile à définir, d'après les renseignements donnés, chez le père et le grand-père paternel (1 cas); dans un autre le père, une sœur de celui-ci et le fils de cette dernière auraient parlé tard; dans un autre, le frère de la mère blésait; enfin, dans un dernier, deux petits cousins du côté maternel auraient parlé tard et, du côté paternel, une cousine ainsi que son fils auraient été dans le même cas.

II. — Alcoolisme chez les parents.

Coën a signalé l'alcoolisation comme jouant un rôle; elle est mentionnée dans deux de nos observations chez le père.

III. — Syphilis héréditaire.

La syphilis n'est indiquée dans aucun cas, et nous ne l'avons point trouvé dans nos observations. Mais étant donné qu'elle peut créer du retard de la marche, de la dentition, de la parole, etc., c'est-à-dire tous les signes de la dégénérescence ; il est bon de la rechercher.

IV. — Consanguinité.

Coën donne encore celle-ci comme cause étiologique. Cependant aucune observation n'en fait mention. Elle a manqué dans les quelques cas où nous l'avons cherchée.

V. — État physique des parents.

Les enfants nés de parents peu robustes seraient plus souvent atteints que ceux issus de parents vigoureux. (Coën.)

VI. — Émotions et traumatisme pendant la grossesse.

Coën a encore invoqué les émotions et les traumatismes survenant durant la grossesse. Dans un de nos cas la mère avait eu des ennuis dûs à l'alcoolisme du père.

VII. — Accouchement difficile. — Bassin rétréci. — Forceps. — Asphyxie à la naissance.

Gutzmann a fait allusion à toutes ces causes. Dans deux de nos observations, le forceps et l'asphyxie à la naissance se retrouvent. Ces points seraient intéressants à rechercher

dans les faits analogues en vue d'une catégorie possible de cas relevant de la maladie de Little.

VIII. — Age.

L'âge le plus fréquent serait entre 3 et 10 ans (Coën), cependant au delà de 10 ans, certains de ces sujets pourraient bien ne prononcer encore que quelques paroles inarticulées. De 1877 à 1879, Coën en a vu 17 cas entre 3 et 10 ans, en 1888, sur les 81 cas, les plus vieux avaient 10 ans et les plus jeunes 3 ans $1/2$. Gutzmann les classe entre 3 et 7 ans, pour lui au-delà il y a complication d'idiotie ou de faiblesse d'esprit. Le plus fréquemment encore, d'après cet auteur, c'est de 3 à 5 ans ; après 5 ans, les cas sont plus rares. C'est entre 2 et 4 ans que la prédisposition au trouble de la parole est la plus grande. (Oltuszewski.) Les observations publiées donnent les résultats suivants : 3 ans $1/2$ (1 de Ladreit de Lacharrière et 1 de Lannois) ; 4 ans (1 de Benedikt et 5 de Gutzmann) ; 4 ans $1/2$ (2 de Ladreit de Lacharrière et 1 de Dally) ; 5 ans (2 de Gutzmann, 1 de Herzen, 2 de Lavrand et 1 de Lannois) ; 5 ans $1/2$ (1 de Ladreit de Lacharrière) ; 6 ans (1 de Hartmann, 2 de Gutzmann et 1 de M^{lle} Bélianine) ; 7 ans (1 de Hartmann, 1 de Gutzmann, 1 de Mielecke, 1 de Lannois, 1 observation personnelle) ; 8 ans (1 de Steffen, 1 de Gutzmann, 1 de Lavrand, 1 observation personnelle) ; 10 ans (2 de Ladreit de Lacharrière, 1 de Lannois) ; 10 ans $1/2$ (1 de Lannois) ; 12 ans (1 de Broadbent). Les cas s'étendent de 3 $1/2$ à 12 ans et le plus souvent c'est entre 4 et 5 ans : on en compte 15 cas sur 41, soit plus du tiers. Le sujet de Castex, que nous avons laissé de côté, avait 54 ans.

IX. — Sexe.

Le sexe masculin est beaucoup plus souvent atteint que le féminin. C'est du reste, d'après les statistiques sur les troubles de la parole en général, publiées par Gutzmann, les hommes qui sont le plus souvent frappés. En 1878, sur 17 cas de Coën, il y avait 10 garçons et 7 filles; en 1888, sur 81 cas, 49 garçons et 32 filles; en 1896, sur 215 cas, 176 garçons et 39 filles. Sur les 41 observations que nous donnons, le sexe est mentionné dans 38 et nous avons 28 garçons pour 10 filles.

Cette rareté relative dans le sexe féminin s'expliquerait par ce fait que les filles auraient plus vite plaisir à parler (Lazarus, Preyer), ou que leurs muscles de la langue seraient plus développés. (Waldeyer.)

X. — État physique des sujets.

Le développement physique retardé joue un rôle sur le développement intellectuel, nulle part les rapports entre la force physique et la vivacité intellectuelle ne sont à aucun âge plus évidents que dans l'enfance. (Ladreit de Lacharrière.) Coën avait également signalé l'aspect chétif des enfants atteints d'alalie idiopathique. Cependant, dans les faits publiés avec quelques détails, sur 41 cas, l'aspect physique vigoureux est décrit 18 fois et l'aspect chétif 5 fois. Il ne semble pas qu'il y ait lieu d'établir un parallèle entre le développement physique d'un enfant et son degré de développement de la parole.

XI. — Maladies antérieures.

Sur les dix-huit cas de Coën, en 1878 : dans huit, on ne trouve aucune affection antérieure ; dans deux, des convulsions violentes ; dans deux, la diphtérie et la coqueluche ; dans deux, le traumatisme, et, dans un, une frayeur. Mais l'auteur ne dit pas si les sujets avaient, auparavant, parlé, et ne précise en rien la durée du mutisme. Les statistiques de Gutzmann, à ce point de vue, ne sont nullement concluantes ; les faits et leurs causes y sont disposés sans ordre et il est impossible de savoir à quelle mutité a trait le facteur étiologique. Coën, dans son mémoire de 1888, insiste sur l'absence de toutes maladies aiguës antérieures. Des quarante et un cas que nous donnons, on peut conclure que : on trouve la rougeole et la scarlatine dans un cas de Benedikt, la rougeole seule dans un cas de Gutzmann, une affection pulmonaire et la rougeole dans un autre de Gutzmann, la rougeole et la coqueluche dans un de Lannois, le croup dans un autre, une méningite et des convulsions, lors de la dentition, dans un troisième ; de même, des convulsions dans un fait de Ladreit de Lacharrière et de Gutzmann. Dans tous les autres cas, on ne trouve rien, c'est-à-dire dans trente-cinq cas sur quarante et un.

Il est utile de préciser l'époque d'apparition de la maladie infectieuse et de faire connaître si l'enfant avait commencé à parler ou non ; il faudrait également savoir la durée de la mutité. Il ne faut pas, en effet, ranger dans ce cadre des aphasies pouvant survenir au déclin des maladies infectieuses. Les maladies graves et longues

peuvent agir de deux façons pour retarder la parole, soit simplement parce que l'éducation du langage cesse pendant l'affection, soit parce qu'il s'est produit des complications cérébrales.

XII. — Du rôle de l'hypertrophie des amygdales et des adénoïdes.

De grosses amygdales suffisent-elles, à elles seules, à entraver le développement du langage ? Ladreit de Lacharrière en cite un cas ; dans le *Traité des Maladies des Enfants*, de Grancher, Marfan, Comby, il est dit qu'elles peuvent rendre l'articulation défectueuse et indistincte, surtout pour l et r, qu'elles rendent difficile la compréhension des mots prononcés, et qu'enfin, survenant chez un enfant en bas âge, elles peuvent retarder le développement du langage. Gutzmann insiste sur leur fréquence dans l'alalie idiopathique, et leur ablation est suivie d'une rapide amélioration du langage. Il ne semble pas que l'hypertrophie amygdalienne soit, à elle seule, suffisante à créer le mutisme ; qu'elle joue, dans sa production, un rôle secondaire, c'est possible.

Les adénoïdes se rencontreraient chez ces enfants, au dire de Gutzmann, dans 33 % des cas, il les signale dans toutes ses statistiques, mais leur proportion dans l'alalie idiopathique est difficile à préciser ; comme toujours, les statistiques de Gutzmann manquent d'ordre et de clarté. Coën ne leur attribuant aucun rôle, ne les a pas recherchées, et les autres auteurs ne les ont point mentionnées. Sur neuf observations que nous donnons de Gutzmann, six sujets en étaient porteurs, trois n'en avaient

pas; sur neuf cas observés par M. Lannois et nous-même, aucun n'en présentait. Dans les autres faits, il n'en est pas question. Gutzmann pensait que ces tumeurs pouvaient gêner la circulation des lymphatiques de l'arrière-cavité et que l'union de ces vaisseaux avec ceux du cerveau pourraient expliquer leur rôle par une compression cérébrale. Oltuszewski accepte cette manière de voir. Elle nous semble exagérée, car si les tumeurs adénoïdes jouaient ce rôle, il est étrange que nul auteur français ne signale le mutisme dans ces cas, car tout au plus l'on cite des troubles dans l'articulation (bégaiement parfois) et dans la phonation. D'autre part, il faudrait préciser l'état des oreilles, quand il existe des tumeurs adénoïdes, car les affections auriculaires se rencontrent dans la proportion de 20 % (Tornbull), 76 % (Meyer), 74 % (Hartmann), 1/3 des cas (Cuvillier) dans les végétations adénoïdiennes (1). Enfin, fréquemment ces tumeurs se trouvent chez les dégénérés avérés (Sallard, Balme), chez les arriérés. (Cuvillier.) Elles peuvent aussi causer un arrêt de développement intellectuel des enfants, parce qu'elles créent l'inaptitude au travail de l'esprit. (Guye.)

Leur fréquence reste à démontrer et leur rôle exact à déterminer.

(1) Dans cet ordre d'idées, M. Hamon du Fougeray nous a communiqué un cas inédit des plus intéressants: Garçon de six ans, sourd et ne parlant pas; atteint de végétations adénoïdes. Opération. L'audition est revenue et il commence à parler. Au point de vue de la parole, il n'en est encore qu'à l'état d'un enfant de trois ans (il a été opéré depuis six mois). Ces cas sont plus fréquents qu'on ne le suppose, et nombreux sont les enfants qui sont dans les institutions et qui ne devraient pas y être, si on était intervenu plus tôt.

XIII. — Rôle du milieu social ou vit l'enfant.

Le milieu joue un rôle par la façon dont on éduquera l'enfant. Les troubles de la parole de l'entourage peuvent être acquis par l'enfant en même temps que le langage. La plus grande fréquence des cas dans les milieux de campagne, d'après Gutzmann, s'expliquerait par la négligence plus grande dans laquelle on laisse ces enfants. Cette cause nous paraît avoir joué un rôle dans nos observations personnelles XXXV et XXXVII.

Disons, enfin, que Coën a encore incriminé l'alcoolisme dans le jeune âge, et que, d'après lui, l'affection est plus souvent congénitale et exceptionnellement acquise.

XIV. — Fréquence.

Jusqu'à présent, il nous est difficile de la préciser : les statistiques de Coën ne sont pas détaillées, celles de Gutzmann manquent de clarté et de précision, il dit, quelque part, que ce trouble est très fréquent chez les enfants intelligents, et ailleurs, qu'il n'en a vu que deux cas. Oltuszewski n'est pas plus facile à démêler. En 1877, Coën en signalait 17 cas, en 1888, 81, et en 1894, 215 ; nous ne savons pas si la statistique de 1894 résume les statistiques antérieures ; de plus, nous n'avons trouvé aucun des cas de Coën, publiés. Si, par exemple, pour Gutzmann, nous prenons sa statistique de 1899, sur 22 cas de mutité on trouve 11 enfants âgés seulement de un à trois ans, et parmi les autres, 1 avait une mauvaise audition, 3 étaient des imbéciles, et 6 plus ou moins idiots. Un seul fait rentrerait donc dans l'aphasie congénitale.

Lavrand, de Lille, s'exprime ainsi : « nous avons constaté un grand nombre de mutité chez des enfants entendants » ; il en cite trois observations, dont une avec intelligence faible. Les cas publiés avec quelque détail, que nous avons pu trouver, se montent à 41, et ils ne sont pas tous comparables entre eux.

La plupart de ces observations sont très incomplètes, ni l'audition, ni l'état mental n'ont été étudiés minutieusement dans tous les cas. Les deux observations de Ladreit de Lacharrière (X et XI de son mémoire) semblent se rapporter à des enfants très insuffisants intellectuellement et chez qui la parole ne s'est pas développée, le cas de Waldenburg est une hémiplégie infantile avec aphasie, et cependant Coën l'accepte, de même celui de Clarus, qui n'a que trois ans et qui est un cas de retard de la parole.

La fréquence relative aux autres troubles de la parole, chez l'enfant, ne peut se déduire des statistiques d'Oltuszewski et de Gutzmann :

Sur 44 de mutismes chez l'enfant (Oltuszewski) on a :

Développement intellectuel défectueux, 13 fois.

Hémiplégie infantile, avec plus ou moins de débilité mentale, 5 fois.

Mutité par lésions périphériques, 16 fois.

Surdi-mutité, 12 fois.

Parole retardée, 7 fois.

Diminution de la nutrition cérébrale (?), 3 fois.

Sur 36 cas, de juillet 1897 à juin 1898 (Oltuszewski) :

Parole tardive, 5 cas.

Développement psychique incomplet, 3 cas.

Hémiplégie infantile, 5 cas.

Par lésions périphériques, 4 cas.

Surdi-mutité, 19 cas.

Sur 10 cas d'aphasie chez l'enfant, Oltuszewski, de 1892 à 1893, cite 8 cas d'aphasie fonctionnelle (Hörstummheit). Les statistiques de Gutzmann ne sont pas plus décisives.

De toute cette étiologie, ressort deux grandes conclusions :

1^o L'incertitude sur les causes préparant l'alalie idiopathique ;

2^o Les faits un peu connus (hérédité nerveuse, éthilisme, forceps, etc.) montrent que ce sont les mêmes facteurs qui se retrouvent ici que ceux invoqués pour la genèse de la dégénérescence physique et mentale.

CHAPITRE IV

DÉVELOPPEMENT DU LANGAGE CHEZ L'ENFANT

Entre l'étiologie et la pathogénie, comme prélude à celle-ci, il a paru logique de résumer le développement normal du langage articulé chez l'enfant. Car on ne saisit bien les perturbations pathologiques survenues dans une fonction que lorsqu'on en a pénétré le mécanisme physiologique.

Nous n'avons pas certes la prétention de donner en quelques pages les travaux de Sigismond, Darwin, Schülze, Kussmaul, Goldamer, Preyer, etc. Nous laisserons aux poètes et aux philosophes trop métaphysiciens, le soin de discuter si les premiers cris de l'enfant sont la plainte de la créature jetée dans le monde pour souffrir, ou le signe de l'irritation ou de la colère du nouveau-né (Kant). Nous ne nous émerveillerons pas davantage, avec Taine, sur la part de spontanéité ou d'invention propre au nouveau-né dans l'acquisition de son langage.

Nous n'admettons pas plus ici l'innéité que le *nihil est in intellectu quod non fuerit in sensu*. Le

cerveau de l'enfant porte en lui des prédispositions héréditaire, il naît avec l'aptitude à acquérir le langage. Cette fonction quoique plus complexe que les autres se développe comme les autres : comme tous les mouvements ceux de la parole sont d'abord purement réflexes, automatiques, inconscients, puis conscients et volontaires. Réflexe de sensation d'abord, puis d'idée, puis acte volontaire mais jamais purement volontaire, le sentiment existe toujours comme mobile nécessaire. (Küssmaul.) Toute la fonction du langage se résout en fonctions sensorielles et motrices : apprendre à parler c'est associer à un mouvement déterminé une sensation et garder la mémoire de cette association. La parole n'est qu'un réflexe cérébral, évidemment bien spécial. Ici encore il ne s'agit que de sensations transformées en mouvements.

Les premiers cris du nouveau-né n'ont les uns aucune signification, il les pousse comme il agite ses mains, remue ses membres, ils n'ont d'abord aucune intonation. Le vagissement du nouveau-né exprime d'autre part ses besoins, ses instincts, d'abord des besoins peu nombreux, besoins de têter, de dormir, etc., puis les besoins se multiplient. Les intonations se différencient, les cris de joie ne ressemblent pas à ceux qui expriment la douleur. Mais ce vagissement est loin du langage articulé.

L'enfant entend d'abord la parole humaine comme un bruit confus, puis il entend la hauteur, la tonalité des sons, mais il ne perçoit encore ni leur timbre, ni leur articulation ; puis il distingue les articulations, mais ne comprend pas encore les mots en tant que symbole ; il comprend d'abord l'intonation du mot, sa musique ou sa chanson suivant l'expression de Brissaud, de même qu'il mime et « musique »

sa pensée avant de l'exprimer par des sons articulés. Il s'essaye à répéter ce qu'il entend par instinct d'imitation et parce que l'excitation auditive produite par la parole tend à se reproduire sous forme de mouvement. Il imite d'abord l'intonation du mot qu'il ne peut articuler, peu à peu il articule quelques sons, quelques mots inintelligibles, il répète d'abord en articulant mal, il omet des sons, intercale des sons, fait des transpositions, etc. Peu à peu la répétition devient parfaite, c'est alors la preuve que l'association se fait bien entre l'image auditive et motrice du mot. Il est alors un perroquet qui répète bien, c'est l'écholalie physiologique. Mais il n'a pas encore saisi le sens du mot, il ne sait pas encore l'associer exactement à l'idée qu'il représente, il faut maintenant par l'éducation lui faire associer le mot à la chose signifiée ; pour bien saisir ce fait, citons l'exemple classique de Taine : l'enfant prononce le mot papa bien avant de le comprendre, on lui a montré son père en lui disant le mot, mais il emploie d'abord le mot avec un sens général en l'appliquant à toutes les personnes qui ressemblent à son papa, ce n'est que peu à peu que se précisent les caractères de l'objet et que le mot lui est exactement adapté. De nombreux exemples de cette tendance de l'esprit de l'enfant à généraliser se retrouve dans Taine. Mais ce n'est pas encore le dernier stade du développement du langage, il faut qu'il arrive à associer ses propres idées aux mots, à revêtir sa pensée du mot exact, c'est le point le plus difficile. Il n'y arrive qu'après de longs efforts, non pas seulement après avoir franchi un seul Rubicon, mais une série de Rubicons (Compayré). Trop long serait à développer toutes les maladresses de la construction grammaticale, les diffi-

cultés de l'emploi du verbe être, du pronom etc., avant que la phrase est acquise sa correction normale. On peut en résumé distinguer trois périodes dans l'évolution normale du langage chez l'enfant :

PREMIÈRE PÉRIODE. — L'enfant pousse des cris pour manifester ses besoins ou pour se divertir, les cris sont d'abord sans intonation, puis celle-ci apparaît, se nuance, se diversifie suivant les états qu'elle exprime.

DEUXIÈME PÉRIODE. — L'enfant comprend la parole, s'essaye à répéter les mots, le fait d'abord en les adaptant mal à l'objet, puis correctement.

TROISIÈME PÉRIODE. — Il arrive à exprimer ses idées spontanément par la parole.

Pour parler un langage plus physiologique : l'enfant acquiert d'abord des images verbales auditives, les associe à des images motrices, c'est la période où il répète sans comprendre le mot, période qui est la plus difficile à s'établir (Preyer); plus tard il arrivera à acquérir l'image visuelle du mot et enfin plus tard encore apprendra à l'écrire. Il faut qu'il associe ensuite ses différentes images à l'idée que représente le mot et ce n'est que lorsque cette association s'est faite que l'enfant sait employer le mot à propos.

C'est grâce à la mémoire, à l'attention, à l'imitation et à l'association sous ses différentes formes que se développe le langage.

Il serait intéressant de savoir les moments exacts du début des différents processus chez l'enfant, mais rien n'est plus variable avec les observations. De même il est

difficile de déterminer le moment où l'enfant commence à parler, car, dit Preyer, aucune observation ne précise ce qu'il faut définir ainsi.

Mais on s'entend généralement pour admettre que c'est vers le milieu de la deuxième année ou dans le courant de la troisième que l'acquisition suffisante du langage est faite.

CHAPITRE V

ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET PATHOGÉNIE

I. — Anatomie pathologique

Nous ne pouvons à ce sujet que répéter avec Gall « je n'ai pas pu me procurer un crâne de sujet pareil » et aucun de ceux qui s'est occupé de la question n'a eu l'heureuse fortune d'examiner le cerveau d'un de ces alambiques. En 1900, comme Ladreit de Lacharrière en 1876, nous espérons que l'avenir apportera des matériaux précis sur ce point. C'est une lacune qu'il appartiendra aux anatomo-pathologistes de combler.

II. — Pathogénie

Elle ne peut que se ressentir du manque d'autopsie et l'absence de faits positifs permet aux esprits inventifs de se donner libre carrière dans le champ des hypothèses. C'est encore un point de la question comme tant d'autres, du reste, irrésolu.

Les uns ont recherché dans le trouble d'une fonction, les autres dans une lésion anatomique la cause de cet arrêt de développement du langage parlé :

1^o *Hypothèse d'un trouble fonctionnel.* — Coën en fait nettement un trouble fonctionnel, ce qui distingue

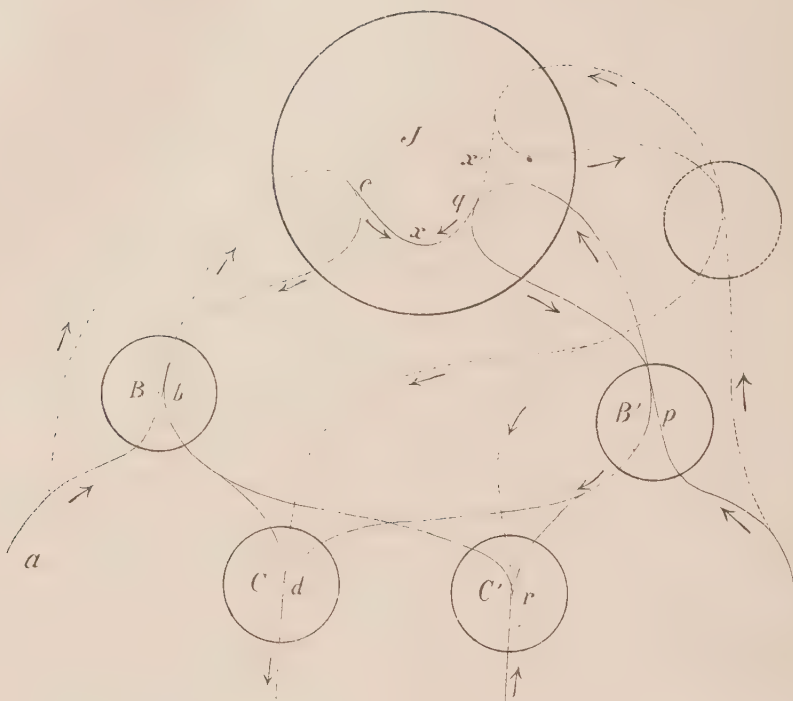


SCHÉMA DES CENTRES DE LA PAROLE (Kussmaul, p. 235).

J Centre idéogène.

B B' Centres sensoriels pour images de mots.

B Centre des images acoustiques.

B' Centre des images optiques.

C C' Centres moteurs pour la coordination des mouvements : des sons en sons vocaux (C), et des traits écrits en mots écrits (C').

a Nerf acoustique.

o Nerf optique.

a b c b d Trajet acoustico-moteur de la parole verbale.

o p q p r Trajet optico-moteur de la parole écrite.

a b d Voie servant au langage d'imitation des enfants ou du perroquet répétant les mots sans comprendre.

o p r Voie jouant le même rôle pour l'écriture.

c b d Voie servant à la parole émanant de l'intelligence et s'exprimant en sons vocaux.

q p r Celle qui sert à écrire les pensées.

c x q Trajet reliant les images vocales et écrites dans le centre de l'intelligence et facilite la transformation des signes vocaux en signes écrits par l'entremise des pensées.

b d et **p d** Relient le centre d'images acoustiques au centre des mouvements nécessaires à l'écriture et, d'autre part, le centre des images écrites au centre des mouvements nécessaires à l'articulation. Celui qui écrit un mot qu'il ne comprend pas, après l'avoir entendu, utilise la voie **a b r**; celui qui lit à haute voix un mot écrit qu'il ne comprend pas, se sert de la voie **o p d**. La dictée qui est comprise a besoin du trajet plus long **a, b, c, b, r**; la lecture des mots que l'on comprend suit la voie **o, p, q, p, d**.

cette affection des vraies aphasies qui ont un substratum anatomique (ce n'est ni toujours vrai ni toujours nécessaire car il existe des aphasies vraies fonctionnelles). Pour bien montrer le mécanisme du trouble, il utilise un schéma du livre de Kussmaul (voir ce schéma). L'entendant muet peut utiliser la voie a b c b puisqu'il entend, mais non la voie b d qui unit le centre des images auditives au centre des images motrices ou bien ce qui est plus fréquent le centre C des images motrices verbales n'est qu'incomplètement ou pas du tout développé. Ce centre est en état d'incomplet développement ou d'inertie congénitale. Cette inertie est encore augmentée lorsqu'en même temps la voie b d ne fonctionne pas et que les excitations verbales auditives ne peuvent appeler à l'action le centre C. Dans ce cas il n'y a pas seulement absence de parole spontanée mais impossibilité de répéter les mots. De même une lecture à haute voix de l'écriture ne peut avoir lieu parce que d'une part le chemin o p q p d n'est pas ouvert, comme chez les enfants qui ne savent pas encore lire, et parce qu'aussi C n'est pas en état de fonctionner, on comprend d'après ce schéma que la parole soit entendue et comprise puisque le centre des images auditives et son union avec J le centre d'Idéation (1) sont intacts. Pour que l'entendant muet arrive à parler il faut ou rendre praticable le chemin b d ou créer une voie vicariante b m partant de B, centre des images verbales auditives pour aller en C, centre des images verbales motrices. Si à la fois b d est impraticable et C incomplètement développé

(1) Nous ne savons évidemment pas encore si le centre de l'Idéation est unique, s'il y en a un dans chaque hémisphère ou si, suivant l'expression du philosophe, nous pensons avec tout notre corps.

il faudra par l'exercice forcer le chemin a b c b d et d'autre part susciter l'activité du centre C.

En somme, il s'agit, d'après lui, soit d'un défaut de développement ou d'une inertie congénitale du centre de Broca, soit d'une absence d'association fonctionnelle entre ce centre et celui des images verbales auditives, soit de ces deux perturbations réunies. Mais, dans son mémoire de 1888, l'auteur, à un moment, parle de lésion (tumeur kyste), survenue soit dans la vie intra-utérine, soit dans les premiers temps de la vie, et coupant les fibres d'union entre les centres des images verbales auditives et verbales motrices. A l'appui de son hypothèse, Coën invoque la guérison par un traitement qui a pour but de mettre en activité l'union de ces deux centres et de réveiller à l'action le centre C.

Cette hypothèse de Coën nous semble passible de quelques objections. Si la voie b d était interrompue, ces enfants seraient privés non seulement de la parole spontanée, mais de la parole répétée. Or, les enfants que nous avons vu répétaient souvent des mots et même assez correctement, alors que leur langage spontané était très limité. D'autre part, si le centre C ne fonctionnait pas, la lecture à haute voix ne devrait pas être plus développée que le langage spontané ; or, nous avons vu au moins un sujet qui lisait beaucoup plus de mots qu'il ne pouvait en utiliser pour son langage spontané. Enfin, rien ne démontre l'absence de lésion anatomique, la guérison n'en est pas une preuve, les hémiplegiques avec aphasie guérissent bien malgré une lésion organique. Chez ces enfants l'éducation de la parole pourrait tout aussi bien s'expliquer par une suppléance fonctionnelle de l'hémisphère

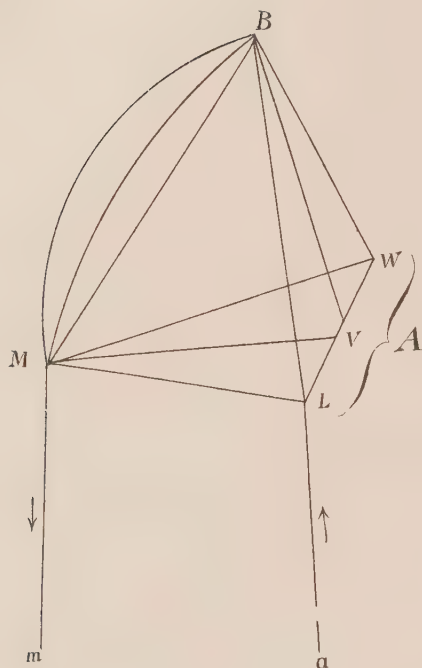


SCHÉMA D'OLTUSZEWSKI.

A Centre des images auditives verbales avec trois centres secondaires, *W*, *V*, *L* pour les sons, les syllabes, les mots.

B Centre des idées.

M Centre des images motrices verbales.

a) Voie centripète.

m) Voie centrifuge.

droit ou d'une région avoisinante de l'hémisphère gauche que par la mise en activité du centre C.

Oltuszewski adopte la manière de voir de Coën. Dans une étude sur les aphasies en général, il les divise en deux grands groupes : 1^o les aphasies organiques ; 2^o les aphasies fonctionnelles, et, dans ces dernières, il classe la maladie de Coën sous le nom d'*aphasie fonctionnelle congénitale* et la compare au bégaiement. Et, avec beaucoup d'aisance, il ne croit pas qu'on puisse mettre en doute l'absence de lésion organique. Et sur quoi base-t-il cette affirmation ? Sur rien. Ou plutôt sur ce fait que l'éducation de ces enfants passe par les phases de celle d'un enfant normal, ce qui, nous l'avons déjà dit, n'est rien moins que démonstratif. Pour éclairer cette pathogénie il utilise un schéma destiné à faire comprendre le développement du langage chez l'enfant (voir ce schéma). D'après celui-ci, ont voit :

1^o Que chez l'enfant se développe d'abord le centre des images auditives (A), qui pour lui comprend trois centres secondaires : des images, des sons, des associations de sons et, enfin, des mots ; 2^o l'union s'établit, entre ce centre A et le centre des idées (B), la parole est alors comprise ; 3^o puis l'union entre A et M, centre des images motrices, et l'enfant répète, sans comprendre, des sons, des syllabes et des mots ; 4^o puis l'association se fait entre les centres B et M et la parole s'effectue. Or, ces enfants alaliques en restent aux premiers stades du développement de la parole, puisqu'ils comprennent le langage articulé et qu'ils répètent les mots. Il leur manque donc seulement la parole spontanée. Ailleurs, le même auteur, séparant ces muets des idiots et des imbéciles,

suppose que des maladies cérébrales antérieures, qui n'ont pas laissé un trouble organique marqué, mais ont pu diminuer suffisamment la force vitale de l'écorce pour retarder le développement des centres du langage, et si on ajoute que l'éducation de tels enfants est négligée, on comprend qu'ils restent muets.

Gutzmann, après avoir résumé également les différents stades du développement du langage chez l'enfant, montre que ces sujets en restent au stade réceptif ou passif et n'arrivent jamais au stade actif ou expressif. Dans un long article de Gutzmann, intitulé : *Habileté dans la parole et désir de parler dans l'enfance*, il semble invoquer deux causes :

1^o Dans certains cas, les petits malades manquent du désir de parler ;

2^o Dans d'autres cas, ils manquent de volonté. Il y a toujours un moment, dans le développement de la parole, où il existe une disproportion entre l'habileté des muscles de la parole et le désir de parler, disproportion d'autant plus grande que le désir de parole l'emporte sur l'habileté musculaire. Les organes de la parole ne peuvent obéir aux ordres de la volonté à cause de leur manque d'habileté et l'enfant renonce à parler. A cette période, en effet, l'enfant après l'échec de prononciation d'un mot difficile, renonce à tenter un nouvel effort pour tout autre mot.

L'auteur distingue bien ces deux cas, manque de désir de parler et manque de volonté pour parler. Il indique toute une série de traitements appropriés.

Il semble, d'après les faits que nous avons vu, que ces enfants n'aiment pas à parler. Il faut les y contraindre, et ce n'est que de cette façon qu'ils s'y décident.

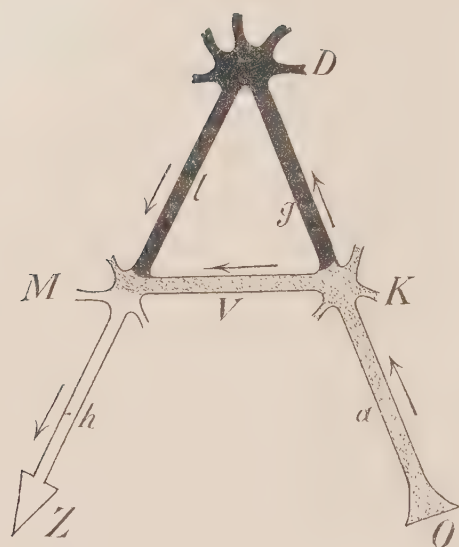


SCHÉMA DE PREYER.

- O* Oreille.
- K* Centre des images auditives.
- M* » » motrices.
- V* Voie unissant *K* et *M*.
- Z* Appareils externes d'articulation.
- O a K* Centripète.
- M h Z* Centrifuge.
- V* Intercentral.
- g* Unit le centre *K* au centre *D*.
- D* Centre des pensées.
- l* Unit centre *O* à *M*.
- h* Unit *M* à *Z*.

Mielecke prend un schéma emprunté à Preyer (voir ce schéma) et montre encore que ces enfants en sont restés à la phase passive de la parole et qu'ils ne peuvent entrer dans la période active, parce que les voies d'association entre K (centre des images verbales auditives) et M (centre des images motrices) ne se fait pas. Ce serait pour Preyer le passage le plus difficile à franchir dans le développement normal du langage chez l'enfant.

Giampetro, en 1893, dans un article sur un essai de classification des centres auditifs en rapport avec la fonction du langage s'exprimait ainsi : « La parole se produit par la répétition des stimulants phoniques sous l'action des centres mnémoniques et volitifs. L'inertie de ces centres ou leur défectuosité est une cause de retard ou d'empêchement de la parole. On sait que certains enfants qui arrivent à l'âge de quatre ou cinq ans sans pouvoir exprimer la moindre idée par la parole, parviennent à prononcer quelques mots auxquels viennent de temps en temps s'ajouter d'autres mots et finissent peu à peu à enrichir leur vocabulaire. Quand pourtant cette aphasie, que l'on peut appeler psychique, persiste au delà de la septième année, il faut admettre que d'autres causes persistent à la maintenir ; elles résident probablement en des anomalies du cercle sanguin et particulièrement dans le territoire de la sylvienne quand l'hypothèse de lésions des centres corticaux est exclue ».

Lavrand (de Lille) accepte à peu près l'idée de Coën, mais il utilise un autre schéma, celui du livre de Ferrand sur l'aphasie. Il suppose qu'il y a défaut de conduction ou que les excitations venues des centres sensoriels (auditif et visuel) ne peuvent arriver à susciter

l'activité du centre moteur d'articulation, Tout fonctionne bien, sauf la motricité commandant aux mouvements d'articulation, il y a donc aphémie. Ces sujets comprennent bien la mimique et la parole, mais il y a inertie du centre d'articulation.

Dans sa thèse, M^{lle} Bélianine décrit sous le nom de mutité par anomalie psychique, des cas où l'absence de parole est due soit au manque d'attention, soit au défaut de désir de parler. Ces cas semblent se rapporter à notre sujet.

Ladreit de Lacharrière signalait dans ses deux observations le manque de mémoire, il existait également dans une de nos observations ; et M^{me} Clémence Royer pensait à un défaut de mémoire motrice.

Hartmann invoquait sans plus de précision de mauvaises habitudes et rejetait toute idée de lésion des lobes antérieurs.

Les faits décrits par Itard sous le nom de mutisme produit par la lésion des fonctions intellectuelles peuvent entrer dans le cadre de notre sujet. Deux catégories sont établies par lui : 1^o celle où toute l'intelligence est atteinte mais perfectible ; 2^o celle où une des fonctions de l'entendement seule est lésée, telles que : attention, mémoire, imitation.

D'après ses observations il donnait de ces sujets le tableau suivant : âge s'étendant de la deuxième année à la puberté, prolongation des habitudes et incapacité de l'enfance, mobilité étourdissante, qui semble soustraire leurs sens et surtout l'ouïe à l'action des agents extérieurs, impossibilité d'exprimer le petit nombre de leurs idées autrement que par des signes naturels ou des mots

tronqués, imparfaitement articulés, sans suite et sans liaison ; aversion insurmontable pour toute espèce de travail mécanique, pour tout procédé d'instruction ; attention superficielle et fugitive ; intelligence dont toutes les opérations sont concentrées dans le cercle des besoins physiques et des amusements de l'enfance ; trouble de mémoire, mais limitée surtout aux impressions dont le centre auditif est la voie. Il donne un exemple de mutisme par suite d'amnésie partielle chez une jeune fille et il rapporte un fait analogue du docteur Amic : muet avec audition parfaite, de beaucoup d'intelligence et avec mémoire fort bonne sous tous les autres rapports. A cette faiblesse de la perception, de l'attention, de la mémoire, se joignent la faiblesse et l'impuissance de la faculté imitative. D'où la maladresse et tout cet aspect d'une sauvage étrangeté de ces muets. Au point de vue moral ces enfants sont peu aimants, plus carressants qu'affectueux, violents et mobiles, ne connaissent pour satisfaire leurs volontés ni obstacles, ni convenances morales, etc., et enfin sous le rapport de leurs besoins, leurs goûts, leurs passions, ils ont à l'âge de dix à quinze ans tous les caractères de la première enfance. Il distinguait ces cas nettement des idiots. Il en aurait vu quarante. Dans quelques-uns il obtint un heureux résultat.

Il est difficile, en l'absence de détail sur les observations, de savoir l'exact contenu de celles-ci et de pouvoir les classer.

2^o *Hypothèse d'une lésion anatomique.* — Déjà Gall songeait à une lésion anatomique. De même Vaisse pensait qu'il s'agissait d'une lésion locale et spéciale.

En 1876, Ladreit de Lacharrière émettait l'idée d'un arrêt de développement de la F³ gauche. Car on sait, d'après Vogt, que le cerveau des idiots muets, comme celui des singes, est privé à droite et à gauche de cette circonvolution.

Fauvelle, à la Société d'anthropologie, invoquait de même un simple retard ou une lésion organique de la F³ gauche ou de l'appareil musculaire.

Une double lésion du centre de Broca est mise en cause par Steffen et Ladame.

Nous avons laissé de côté l'idioglossie dont nous allons parler maintenant ; lorsque Hale White et Golding Bird présentèrent leur deux cas, une discussion sur l'interprétation de ces faits eut lieu devant la Société. Les auteurs pensaient à une anomalie des centres cérébraux, leurs sujets n'ayant aucune imperfection de l'ouïe, ni aucun signe d'obstruction du pharynx ou du nez. F. Taylor croyait que l'articulation défectueuse tenait à un fonctionnement imparfait des centres cérébraux, moins susceptibles d'éducation que ceux d'un individu normal. Pour Spencer Watson et Longdon Down, il fallait incriminer une anomalie de l'ouïe, trop faible pour produire la surdité ; mais suffisante pour expliquer les difficultés des malades à distinguer certains sons et en même temps il était nécessaire de soupçonner un léger degré d'obstructions des fosses nasales.

CRITIQUES.

1° Trouble fonctionnel ou lésion d'un seul centre de Broca.

Lorsqu'on lit la thèse d'Hervé, sur la circonvolution de Broca, on trouve une concordance entre son développement et celui du langage. Dans les autopsies de sourds-muets, d'idiots, cette circonvolution est peu développée ; au contraire, dans celles d'hommes célèbres, connus pour leur éloquence, elle est très développée : l'observation de Gambetta est classique. Aussi, il apparaît comme simple et logique de conclure qu'un enfant, dans les observations citées par nous, a du mutisme parce que sa F³ gauche est arrêtée dans son développement ou lésée. Mais la logique et la simplicité ne triomphent pas toujours en médecine. Car, tout en admettant que le pied de la troisième frontale gauche commande aux mouvements d'articulation, soit parce que l'hémisphère gauche précède le droit dans son développement (hypothèse de Gratiolet, admise par Broca), soit parce qu'il est plus parfait (hypothèse de Hervé), Broca lui-même pensait qu'au cas où la F³ gauche serait atrophiée depuis la naissance, celle de droite la remplacerait. « Je suis convaincu, ajoutait Broca, que la lésion de la F³ gauche, capable de produire une aphémie définitive chez l'adulte, n'empêcherait pas à un jeune enfant d'apprendre à parler », et il citait, à l'appui de son assertion, le cas suivant de Moreau (de Tours) : « Dans une autopsie de femme de quarante-sept

ans, épileptique depuis sa tendre enfance, il y avait atrophie de la F³ gauche, de la pariétale inférieure gauche, et, en un mot, de toute la partie de l'hémisphère gauche bordant la scissure de Sylvius, et cependant elle n'avait jamais été aphasique. Puis il ajoutait : « Pourquoi cette suppléance n'a-t-elle pas lieu dans tous les cas ? ».

On sait, d'autre part, que dans l'hémiplégie infantile avec paralysie des membres gauches, c'est-à-dire avec lésion droite, l'aphasie peut exciter (cas de Bernhardt, Gaudard, Bourneville ; d'après une statistique de Freund, elle existerait dans 50 % des cas d'hémiplégie droite et 30 % de ceux d'hémiplégie gauche ; cas de Sachs, Peterson, etc.)

Ces auteurs pensent que plus on grandit, plus on utilise, pour les mouvements du langage articulé, l'hémisphère gauche, tandis que dans le jeune âge les deux hémisphères sont doués de la même faculté et qu'à cette époque leur différenciation n'est pas faite. Les faits cliniques prouvent que le centre de Broca existe aussi dans l'hémisphère droit et que ce n'est que l'habitude d'utiliser l'hémisphère gauche qui lui fait, avec l'âge, acquérir cette importance.

Dans ces faits d'hémiplégie gauche avec aphasie, il conviendrait de distinguer ceux où il y a des troubles intellectuels associés à l'aphasie et ceux où ce trouble est seul. Pour Treitel, c'est l'étendue des troubles intellectuels qui jouerait surtout un rôle.

Richardière pense que l'enfant, si la F³ gauche est lésée, parle avec son cerveau droit. Lorsqu'une lésion symétrique frappe les deux F³ droite et gauche, le langage semble être devenu fonction d'une autre partie

du cerveau. Les circonvolutions cérébrales sont, dans la première enfance, assez peu différenciées au point de vue des localisations pour que la suppléance soit facile.

Par contre, le cas de Waldenburg d'un enfant atteint congénitalement d'hémiplégie droite et plus tard d'aphasie, paraît contraire à cette idée et l'enfant eut dû pouvoir apprendre à parler avec l'hémisphère droit. Mais il peut s'expliquer par l'hypothèse d'une lésion double. (Ladame, Steffen.)

Tous ces faits prouvent, du moins, combien est incertaine l'hypothèse d'une lésion d'une des circonvolutions F³.

2° Hypothèse d'une double lésion de la F³.

D'après Richardière, une double lésion symétrique des deux F³ ne suffirait pas. Mais même suffirait-elle, il est difficile d'admettre une lésion pareille, uniquement localisée en ces points. A moins qu'on accepte toutefois qu'il s'agisse de ces cas frustes de maladie de Little, où la rigidité musculaire veut être cherchée : elle n'apparaît, en effet, qu'à l'occasion de mouvements passifs, où elle est seulement passagère. Cette hypothèse est au moins plausible pour quelques faits, d'autant que l'étiologie de Little est mentionnée dans l'alalie idiopathique. Mais la démonstration en reste à faire.

On voit, d'après ce qui précède, que si on admet que l'intelligence est intacte chez ces sujets, le trouble de la parole est difficile à interpréter. Cependant, Coën, Gutzmann, Oltuszewski, Mielecke, etc., affirment cette intégrité ; et à Heller qui voulait faire de l'« Hörstummheit de Coën » une manifestation, non pas de l'idiotie marquée,

mais des formes les plus légères de la faiblesse mentale, Gutzmann reproche de n'avoir vu que des sujets atteints de manque d'intelligence et non traitables, mais qu'à côté il y a des cas de mutité psychique chez des sujets à intelligence normale (1).

En somme, il est difficile de trancher définitivement la question pathogénique sans autres données que des hypothèses : si la psychologie peut s'en contenter, la médecine veut des faits précis. Comme toujours, il nous semble que tous ceux qui ont apporté dans cette question une formule absolue ont tort, et qu'ils ont conclu des faits qu'ils avaient vu soit impartialement, soit avec idée préconçue, à la généralité des faits, et qu'il faut chercher à ce mutisme des causes multiples. D'autre part, les faits publiés sous le même nom, par les différents auteurs, ne sont peut être pas absolument comparables. Dans les observations publiées, l'état intellectuel des enfants n'a pas été minutieusement analysé dans ces divers modes : mémoire, volonté, attention, etc. Peu des sujets ont été suivis longtemps dans la vie, à part le cas de Lavrand jusqu'à 18 ans, et un des nôtres jusqu'à 22, un de Ladreit de Lacharrière jusqu'à 17 ans, enfin un de Castex jusqu'à 54 ans. Dans ces quatre cas, deux sont devenus plus tard des sujets normaux intellectuellement et physiquement et ont parlé correctement (cas de Lavrand et le nôtre) et au contraire, les deux autres n'ont pas parlé et sont restés peu intelligents. Entre ces faits

(1) Pour M. Hamon du Fougeray, tous ces enfants auraient un degré léger d'idiotie. Il a vu encore récemment deux petites filles, de cinq à six ans, qui ne parlent pas. Toutes deux d'aspect intelligent, mais elles ont de l'agitation, du défaut d'attention, des colères. (Communication orale.)

extrêmes il y a tous les intermédiaires. Aussi, jusqu'à nouvel ordre, pensons-nous qu'il faut dans le mutisme sans surdité et sans idiotie nettement apparente, établir toutes les catégories suivantes :

1^o Les cas cités par Coën avec absence de toute affection antérieure, avec intelligence intacte et intégrité des organes de la parole ; il s'agit d'un trouble congénital dont la nature reste à préciser.

2^o Les cas où une affection aigüe a précédé le développement de la parole ; on peut alors se demander si une encéphalite ou une méningite guéries n'ont pas laissé de lésions, insuffisantes pour donner de l'idiotie ou de l'épilepsie, mais assez étendues pour retarder le développement de l'intelligence et du langage.

3^o Les cas où l'éducation a été inutile, comme ceux de Ladreit de Lacharrière, qui rentrent peut-être dans ceux invoqués par Heller (enfants atteints de légère idiotie), ou dans ceux d'Itard où une des fonctions de l'entendement seule est troublée : mémoire, attention, imitation, etc.

4^o Les cas où le désir de parler manque, ce qui paraît ressortir de l'examen de certains malades.

5^o Les cas d'enfants sourds avant six ou sept ans, recouvrant l'audition et restants muets, cas assez nombreux d'après Hamond du Fougeray (1) et une de nos observations paraît être analogue.

6^o Les cas où des adénoïdes ou de grosses amygdales peuvent par les troubles respiratoires ou auditifs pas-

(1) Communication orale.

sagers ou par le retentissement qu'elles peuvent avoir sur le fonctionnement intellectuel de l'enfant, peuvent jouer un rôle.

Ces distinctions que ne permettent pas d'étayer des faits cliniques nombreux et précis, ne sont pas un pur jeu d'esprit, elles ont une utilité pratique; car à chaque cas peut répondre un traitement différent, et quand on se reporte au mémoire d'Itard, on voit qu'après avoir essayé d'agir sur la mémoire, l'attention, l'imitation, il dirigeait tous ses efforts du côté de l'audition.

Aussi il nous paraît aussi peu réel et aussi peu pratique de croire à l'intelligence parfaite dans tous les cas, que d'affirmer que les sujets sont tous idiots ou sourds. (Heller.)

L'alalie idiopathique peut exister par elle-même comme une sorte d'entité morbide, être l'aboutissant de troubles physiques et psychiques divers, et même dans certains cas s'associer à un léger degré d'arriération.

CHAPITRE VI

DIAGNOSTIC

Lorsque les parents vous amènent un enfant qui ne parle pas, les points intéressants à déterminer sont les suivants :

1° Est-il sourd ?

2° Est-il idiot ?

3° A-t-il une lésion des organes périphériques de la parole ?

1° Surdi-mutité.

Il faut :

a) Interroger les parents pour savoir si l'enfant a eu des affections du nez, de l'oreille, de la gorge ; mais l'absence de toute manifestation apparente n'a qu'une valeur relative. La surdi-mutité peut tenir à une malformation congénitale, être de nature labyrinthique ou centrale.

b) Demander aux parents si l'enfant entend les bruits, la musique, la parole.

c) Procéder à l'examen direct de l'enfant.

1^o On pourra lui donner un jouet pour captiver son attention puis se plaçant derrière lui sans qu'il le voie produire un bruit bien net: on observera s'il manifeste qu'il a entendu et s'il retourne la tête, l'épreuve sera répétée à plusieurs reprises. Il faudra ensuite, placé toujours derrière lui, l'appeler par son nom ou lui donner un ordre verbal et voir s'il l'exécute. Les deux épreuves sont nécessaires, car il est des demi-sourds qui peuvent entendre les bruits et ne pas entendre les sons articulés, d'où leur mutité.

Des erreurs sont possibles, certains muets non sourds peuvent se montrer tout à fait désorientés si en leur parlant on a l'attention de n'accompagner les petites phrases, qu'on leur adresse d'aucun mouvement de la physionomie, d'aucun geste et surtout d'aucun regard dirigé vers l'objet dont on parle. Itard cite un cas intéressant à ce propos :

« On m'amena, il y a deux ans de la Belgique un jeune muet âgé d'environ douze ans dont le mutisme étonnait d'autant plus ses parents, qu'ils étaient persuadés que leur enfant doué d'une physionomie spirituelle et d'une audition parfaite, comprenait tout ce qu'on lui disait. Une expérience bien simple les tira à leur grand regret de cette profonde illusion. Je priai sa mère de s'asseoir les bras croisés et le dos tourné à la cheminée et de demander à son fils un verre et une carafe qui y étaient placés. Jamais cet ordre prononcé distinctement et en termes des plus simples ne put être compris. Au son de la voix l'enfant parut deviner qu'on lui demandait quelque chose ; il revint à plusieurs reprises consulter les yeux de sa mère, qui parfaitement immobiles d'après nos conventions ne

purent le tirer d'embarras. Enfin pour lui faire comprendre la phrase impérative, il fallut en quelque sorte la dépecer et la dépouiller du verbe en disant à plusieurs reprises : *cheminée, verre, carafe* ».

D'autre part le manque d'attention chez ces sujets peut faire croire à une surdité vraie là où il n'y a que pseudo-surdité : un sujet que nous avons vu et qui au dire de ses parents entendait bien, qui placé dans une des salles d'hôpital n'apparut pas comme sourd dans le service, présenta lors de l'examen cette particularité : Placé derrière lui, nous faisons un bruit intense il ne se retournait pas, l'appellions-nous au contraire par son nom, immédiatement, et toutes les fois il se retournait. Il est certain qu'un sujet qui entend la voix articulée, et semble ne pas entendre un bruit intense, ne peut être considéré comme sourd, car les sons articulés sont les premiers à disparaître quand l'audition est lésée.

Aussi il importe de faire cet examen avec beaucoup de soins et de ne jamais négliger de s'enquérir si le sujet entend les bruits, la musique et les sons articulés.

2^o Rechercher à quelle distance il entend la montre, faire les épreuves du diapason. Nous rappellerons à ce sujet que le professeur Bezold s'est livré, au moyen des diapasons en série continue, à l'examen des restes d'audition chez les sourds-muets. Il a constaté qu'un nombre assez considérable d'enfants des écoles spéciales avait des restes d'audition suffisante pour rendre désirable la séparation des sourds-muets en deux catégories au point de vue de l'instruction.

3^o Examiner les oreilles au spéculum

Tous ces examens sont difficiles, demandent à être

répétés plusieurs fois avant de se prononcer sur l'existence de la surdité physique. Aussi voit on assez fréquemment des sujets muets sans être sourds placés cependant à leur grand détriment dans des asiles de sourds-muets.

2^o *Idiotie* (1).

Il n'est pas question ici des imbéciles, car le mutisme ne se rencontre pas habituellement chez eux.

Les stigmates physiques des idiots ne sont pas toujours apparents ; s'il en est qui ont un aspect répugnant, il en est d'autres dont le front rivalise avec celui de l'Apollon du Belvédère (Esquirol) ; entre ces deux extrêmes toutes les transitions sont possibles. Des cas publiés avec détail sur l'alalie idiopathique les stigmates physiques de la dégénérescence, ou manquent, ou sont peu marqués.

Quant aux stigmates mentaux, il ne semble pas qu'ils aient été beaucoup étudiés.

En parcourant toutes les formes de dégénérescence : Idiots (absolus, complets, végétatifs, incurables ou automatiques, instinctifs, légers, partiels, simples, éducatibles) ; imbéciles (chez qui d'ordinaire la parole existe) ; débiles (demi-imbéciles, arriérés, faibles d'esprit), etc. Tout au plus nos sujets seraient-ils à classer parmi les débiles, mais le mutisme non seulement n'est pas signalé, mais ces sujets seraient au contraire bavards.

C'est en recherchant les stigmates mentaux et phy-

(1) C'est un point des plus délicats à établir les limites entre l'état intellectuel normal et les cas très légers d'idiotie sont très difficiles à déterminer.

siques, qu'on pourra établir si ces sujets sont ou non des dégénérés.

Les idiots, de plus, ne comprennent pas mieux le langage articulé qu'ils ne parlent; nos sujets au contraire, comprennent bien la parole, s'ils ne la pratiquent pas eux-mêmes. Enfin, la perfectibilité des sujets qui nous occupent et la rapidité de celle-ci, ne paraît pas non plus devoir les faire classer parmi les idiots. Le développement du langage chez les idiots est difficile, lent (Voisin), et leur éducation n'est jamais à ce point de vue que limitée. (Kussmaul.)

Les cas que nous avons observés n'ont aucune analogie avec celui de Boyer : il s'agit d'un entendant-muet semi-idiot, âgé de dix ans, ayant tout l'aspect extérieur d'un arriéré. La surdi-mutité au dire de ses parents, aurait débuté à deux ans après des convulsions, il n'avait pas auparavant fait usage de la parole. L'ouïe est tout à fait voisine du degré de l'ouïe normale. Il paraît comprendre un certain nombre de paroles simples, il donne des réponses le plus souvent par gestes, ou dans un langage inintelligible. Comme état physique, sa tête était plutôt grosse, ses lèvres épaisses, sa bouche béante, laissant couler la salive, strabisme, myopie, air hébété, démarche peu assurée, craintif à l'excès, ne se mouchant que sur invitation, miction et même défécation involontaires. Ces derniers signes ne se trouvant jamais chez nos malades. Au point de vue intellectuel, c'est un semi-idiot.

Cependant l'étiologie de nos sujets est analogue à celle des dégénérés; quelques-uns ont quelques stigmates physiques, et d'autre part l'échec dans l'éducation de

certains, peuvent faire penser que quelques-uns rentrent dans les dégénérés.

Mais ce sont des faits ultérieurs minutieusement étudiés, qui pourront trancher la question et indiquer la catégorie où ils doivent entrer. En tout cas, il y a intérêt pratique pour l'éducation à les différencier nettement des idiots.

3^o Troubles des organes périphériques de la parole.

Quand un enfant ne parle pas ou parle peu, il convient d'examiner sa langue, sa voûte et son voile du palais, son pharynx, son nez, etc., car on peut avoir les troubles suivants :

a) Paralysie de la langue.

b) Macroglossie : Quand l'enfant naît avec une grosse langue, il peut rester longtemps alalique sans qu'il y ait entrave au développement intellectuel. (Observation de Paster et d'Heusinger, 1882, citée par Kussmaul.)

c) Ankyloglosse inférieure, totale ou partielle, due à une trop grande brièveté ou à l'insertion antérieure du frein de la langue. On a abusé du rôle du filet trop court dans le mutisme chez l'enfant ; cependant dans son mémoire de 1876, Ladreit de Lacharrière citait l'observation suivante (observ. V) : enfant de quatre ans, de santé chétive, sans affection antérieure, physionomie intelligente, entend bien, s'exprime facilement par gestes ; le filet gênait les mouvements de la langue. Il le sectionna et quinze jours après l'enfant disait papa, maman ; et rapidement acquit le langage comme tous les autres enfants.

d) Contracture spasmodique des muscles innervés

par l'hypoglosse, qui peut donner du mutisme absolu (cas de Panthel) :

A la suite d'une impression morale, un garçon de douze ans perd subitement la parole et la voix. Les mouvements de la langue et des lèvres étaient tout à fait réguliers. La respiration et la déglutition étaient normales. Mais toutes les fois qu'il voulait parler, les muscles innervés par l'hypoglosse étaient pris de contracture et il avait du mutisme absolu.

D'un autre côté, et c'est là la démonstration parfaite de ce mécanisme pathogénique, une pression un peu forte sur les muscles contracturés faisait cesser la crampe et le malade pouvait parler.

Cas d'aphtongie de Mossdorf:

Les mouvements de la langue, des lèvres étaient normaux; invité à dire son nom, l'enfant prend son temps pour parler, avant d'avoir émis un son, il s'arrête brusquement avec une respiration bruyante. Puis la respiration se suspend, il semble vouloir faire des mouvements de déglutition comme pour se défaire de sa crampe, enfin il respire de nouveau librement, mais la crampe reprend ainsi à chaque tentative pour parler. Les muscles de la région hyoïdienne entraient en contraction tonique ainsi que les muscles abdominaux, d'où arrêt de la respiration. La bouche ouverte laissait voir la langue en contracture et fortement appuyée par la pointe contre les incisives inférieures et par la base contre le palais. Après quelques instants il y avait cessation pour les muscles abdominaux, reprise de la respiration, mais persistance pour la langue et les muscles hyoïdiens.

e) Hypertrophie des amygdales :

Observ. VI (Ladreit de Lacharrière 1876) : Petit garçon de 4 ans, à deux ans pneumonie, tumeur blanche du poignet. Entendait, comprenait tout ce qu'on disait, exécutait les ordres donnés verbalement ; l'intelligence sans être très vive était parfaitement suffisante et égale à celle de beaucoup d'autres enfants. Le langage était tout à fait inintelligible à cause de la précipitation avec laquelle les mots étaient prononcés. Les amygdales très grosses obstruaient l'isthme du gosier, la déglutition de salive était gênée et elle s'échappait par la bouche.

Un traitement tonique et reconstituant et des applications résolutes sur les amygdales amenèrent très rapidement l'amélioration du langage.

Nous avons déjà vu dans le traité de Grancher, Comby, Marfan, que l'hypertrophie des amygdales peut donner lieu à une articulation défectueuse et indistincte surtout pour les lettres r et l. Si l'enfant est atteint de ce trouble dans le bas âge, il n'arrive à parler convenablement que très tard. D'autre part, Gutzmann a trouvé souvent l'hypertrophie des amygdales chez les alaliques.

Nous ne croyons pas au rôle seul de l'hypertrophie amygdalienne : il faut autre chose pour qu'il y ait mutisme car nombre d'enfants qui parlent ont de grosses amygdales.

f) Division congénitale du voile du palais :

Observ. VII (Ladreit de Lacharrière, 1876) : Petit garçon de 3 ans $1/2$, très intelligent, comprenait et exécutait les ordres verbaux, entendait normalement, disait seulement « maman ». Il avait une division congénitale du

voile du palais située sur la ligne médiane, d'où deux demi-luette ; cette difformité rendait l'articulation très difficile. L'auteur est convaincu que l'absence de langage était due à cet état de la bouche. La grand'mère de l'enfant entendait mais ne parlait pas. Il conseilla à la famille d'attendre pour faire la staphylorrhaphie, mais il n'a plus revu l'enfant.

Langenbeck de même signale une parole gutturale, mauvaise, incompréhensible.

Dans le bec-de-lièvre avec fissure labio-palatine la parole peut être indistincte et incompréhensible.

Signalons maintenant pour que le diagnostic soit complet :

1^o Les aphasies vraies.

a) Aphasie primitive de cause inconnue (Bouchut 1877) :

Début subit ou par degrés chez un enfant sain, dont l'intelligence est entière et chez qui il n'y a aucune paralysie des sens et du mouvement ; il en cite quatre cas tous avec guérison en huit jours. Exemple : obs. II de Bouchut : garçon de 6 ans, air intelligent, parlant bien, très gai, sans indisposition fut peu à peu affecté d'aphasie. Cela durait depuis trois mois quand il le vit. Il ne pouvait plus dire un mot ; il tire la langue, agit, entend et marche avec facilité. Rien au cœur, facies excellent et à part l'accident rien d'anormal. — Probablement trouble circulatoire. (Bouchut).

b) Aphasie dans l'hémiplégie infantile :

Le diagnostic est surtout difficile quand l'enfant est atteint avant d'avoir appris à parler. Mais il y a ici l'hémiplégie concomitante.

c) Aphasie dans les maladies infectieuses (fièvre typhoïde, fièvres éruptives):

Dans la fièvre typhoïde l'aphasie se rencontre habituellement dans la deuxième enfance et survient soit à la fin, soit au cours de la convalescence. Dans les cas qui guérissent, elle dure quelques jours à quelques semaines seulement, et quand il n'y a pas d'hémiplégie concomitante, elle est éphémère.

Dans les fièvres éruptives elle survient à la période de l'exanthème ou de la convalescence. Elle guérit en général, mais peut durer assez longtemps.

d) Aphasie par embolie cérébrale:

Début brusque avec le plus souvent hémiplégie concomitante.

e) Aphasie après affection chronique du cerveau :

Tubercule, tumeurs cérébrales (kystes).

Autres signes de lésions encéphalique.

f) Aphasie après traumatisme cérébral (commotion frontale, etc.).

g) Aphasie réflexe (helminthiase, indigestion), guérison par traitement approprié.

h) Aphasie des névroses:

Dans la chorée due à un spasme de la langue quand il est très intense (cas d'un garçon de 11 ans qui reste cinq mois sans parler).

Dans l'hystérie (mutisme hystérique): deux cas de Gilles de la Tourette, un garçon de 5 ans et une fille de 6 ans.

Début brusque, disparition subite, mouvements des organes de la parole conservés, impossibilité même d'arti-

culer à voix basse (chuchotée) de plus aphonie (impossibilité de pousser un cri).

Mais dans tous les cas outre l'existence de symptômes associés, il y a ce fait qu'il s'agit d'enfants qui ont parlé et perdu ensuite la parole ; les anamnèses trancheront aisément la difficulté.

2^o Alalie par défaut de coordination (JACCOUD).

Intégrité de l'intelligence et de la mémoire. Abolition de l'articulation des sons. Intégrité de la motilité de la langue. Lésion du système olivaire. Exemple : enfant de quatre ans, état de faiblesse telle, qu'il ne pouvait se tenir debout. Il pouvait remuer ses membres, mais les mouvements étaient sans force, l'articulation des sons était extrêmement lente, et il pouvait articuler en prononçant syllabe par syllabe. Déglutition difficile, surtout pour les liquides. L'intelligence de l'enfant était remarquablement développée pour son âge. Convulsions depuis trois ans. Mort par asphyxie. Induration des olives, de l'un des pédoncules cérébraux et des tubercules quadrijumeaux à l'autopsie. Reste du cerveau et moelle sains. (Cruveilhier, *Anatomie pathologique*, livre XXV. Maladies de la protubérance annulaire.)

3^o Perte de parole après une longue maladie (WEST).

L'enfant qui parle depuis peu, peut perdre la parole après une longue maladie. Comme elle le rend trop faible pour marcher, elle le rend trop faible également pour parler.

Parfois, l'enfant revient à une santé apparente et

reste sans faire d'effort durant deux ou trois mois. Quand il s'essaye, il retrouve facilement la parole. (West.)

4^o *Alalia mentalis* (MECKEL).

Les enfants atteints de bégaiement, d'après Meckel, pourraient en être affectés au point de ne plus faire d'effort pour parler. Ce fait a besoin de confirmation. En tous cas, dit Kussmaul, les enfants ne se laissent pas facilement tourmenter par leur bégaiement.

Une fois le diagnostic établi de mutisme, sans idiotie ni surdité, il faut chercher à déterminer, si possible, quel en est le mécanisme : défaut de mémoire, d'attention, d'imitation, etc., pour diriger contre la cause soupçonnée un traitement approprié. Faut-il aller plus loin et chercher comme le faisait Itard, si le sujet est ou non susceptible de développement ? Il est alors nécessaire de soumettre pendant plusieurs jours le sujet à une série d'épreuves et d'observations. Il cherchait à reconnaître son étendue intellectuelle par l'étendue des relations établies entre lui et ses parents. Il exigeait qu'il connût bien le nom ou le signe naturel des choses destinées à son usage, pour les donner quand on les lui demandait, et les demander à son tour quand il en éprouvait le besoin ou le désir. Il recherchait ensuite s'il était capable de formuler un jugement simple par un oui ou un non, soit oral, soit mimique. Il exigeait encore que, dans les essais successifs auxquels on le soumettait, il l'ait l'idée du mieux faire. On ne saurait trop, ajoute cet auteur, varier les épreuves auxquelles on soumet les diverses facultés de l'entendement.

Lorsqu'elles ont donné des résultats encourageants et amené la manifestation d'une intelligence ne manquant ni d'étendue, ni de flexibilité, on peut regarder le muet comme susceptible de recouvrer la parole et de se développer par l'éducation.

A notre sens, il semble préférable *a priori*, dans l'intérêt des sujets, de les regarder tous comme curables, et de les soumettre au traitement qui, seul, décidera de la perfectibilité ou non. Pas plus qu'on ne sait si un enfant normal parlera ou non, pas plus, il nous semble, on ne peut même, après quelques essais, affirmer qu'un enfant ne recouvrera pas la parole.

Quand on songe que des malades de Lavrand, qui ont mis des mois à pouvoir prononcer « bonjour maman », ont plus tard parlé normalement ; quels délais permettront de juger l' incurabilité ?

De même que chez l'enfant normal, l'acquisition rapide et précoce du langage n'est pas une preuve d'intelligence, de même, chez l'anormal, la rapidité dans l'éducation de la parole ne sera pas non plus une preuve assurée de la supériorité intellectuelle.

CHAPITRE VII

PRONOSTIC — MARCHÉ — DURÉE TERMINAISON

La durée de l'évolution de ce trouble ne peut être déterminée, elle dépend d'une série de facteurs : degré d'intelligence, de mémoire, d'attention, d'imitation du sujet, milieu où il vit, éducation qu'on lui donne, etc. C'est ordinairement progressivement que l'enfant apprend le langage articulé, cependant le retour brusque de la parole chez de tels enfants est cité dans quelques cas. Le fait classique du fils de Crésus est conté dans l'histoire d'Hérodote :

« Il (Crésus) avait deux fils, l'un affligé d'une disgrâce « naturelle était muet, etc. » « Ce fils heureusement doué, du reste, était muet. Dans le temps de sa prospérité, Crésus avait tout mis en usage pour le guérir et, entre autres moyens, il avait eu recours à l'oracle de Delphes. La Pythie avait répondu : « Lydien, roi de plusieurs « peuples, insensé Crésus, ne souhaite pas d'entendre en « ton palais la voix tant désirée de ton fils. Il te serait plus « avantageux de ne jamais l'entendre, il commencera « de parler le jour où commenceront tes malheurs ».

« Après la prise de la ville (Sardes), un Perse allait tuer Crésus sans le connaître ; le prince le voyait fondre sur lui, mais accablé du poids de ses malheurs, il négligeait de l'éviter et peu lui importait de périr sous ses coups. Le jeune prince muet, à la vue du Perse qui se jetait sur son père, fit un effort qui lui rendit la voix. « Soldats, s'écria-t-il, ne tue pas Crésus ! » Tels furent ses premiers mots et il conserva la faculté de parler le reste de sa vie ».

Evidemment l'histoire qui embellit trop souvent les faits réels, a drapé en une belle phrase un cri inarticulé. Et nous sommes sceptiques, à ce point de vue, sur la vérité racontée par Hérodote.

Mais ne voilà-t-il pas ! que Bastian relate un cas analogue qu'on trouve dans la thèse de Bernard : « Il s'agit d'un enfant qui parla pour la première fois à six ans ; à la vue d'un accident arrivé à un de ses jouets favoris, il s'écria soudain « Quel dommage ! ». A partir de ce moment il parla.

Bateman a vu également des faits semblables à l'asile des idiots du comté d'Essex. A l'occasion du cas présenté par Dally à la Société d'Anthropologie, Hervé fait allusion à cette récupération brusque du langage articulé et cite le cas de Bastian ; il pense qu'une émotion vive avait ouvert brusquement à l'influx nerveux les voies conductrices de la parole.

Evidemment, ajoutait-il, il n'acquiert pas d'emblée un langage parfait, mais suffisant pour se faire comprendre. Il n'y a pas lieu, du reste, de s'étonner, ces enfants entendants ont pu faire, par l'ouïe, l'éducation latente de leur centre d'articulation. Bien que l'activité de ce centre

fût resté longtemps sans se manifester, il ne manquait que le mécanisme d'articulation ; du jour où ils peuvent le mettre en jeu, ils doivent le perfectionner rapidement, car ils possèdent déjà la mémoire auditive des mots. Dally rejetait cette invasion en bloc d'articulation de mots et l'éducation préalable était pour lui nécessaire.

Nous n'avons guère de goût pour le merveilleux et nous avons conservé des doutes sur cette miraculeuse apparition de la parole chez des sujets qui n'ont jamais parlé. Quand bien même ils ont tout leur langage intérieur intact, il leur faut pour l'extérioriser sous forme de mots et de phrases toute une éducation des muscles destinés à l'usage de la parole ; tous les mouvements qui y contribuent se réduisent, il est vrai, à des mouvements simples, mais leur combinaison est des plus complexes pour la production du langage articulé. Et quand on se rend compte, par la lecture des auteurs qui ont étudié le développement du langage chez l'enfant, des difficultés qu'il doit vaincre pour articuler un mot correctement, pour l'adapter à l'idée correspondante et pour construire des phrases régulières, on ne conçoit pas qu'un pareil phénomène se puisse accomplir sans un exercice préalable.

D'après Coën, il s'agit d'une difformité qui disparaît rarement d'elle-même mais qui est *sûrement curable* par un traitement approprié. Ailleurs encore il écrit : « C'est un trouble de la parole, curable, autant que je puis l'affirmer dans les cas soumis à mon observation et mon traitement, bien que la guérison puisse être souvent longue (1888) ». Il formulait la même opinion en 1894. Cependant, en 1878, sur dix-sept cas, il avait sept guérisons, deux améliorations et huit succès. Oltuszewski

adopte la même conception. Mielecke pense que la plupart arrivent à guérir d'eux-mêmes avec un retard de trois ou quatre ans. Pour Hartmann, en enseignant à ces enfants à articuler on aura rapidement une amélioration. « Quand l'enfant est d'intelligence normale, entend bien et n'a aucune difformité physique, on peut être sûr qu'il apprendra à parler. » (Gutzmann.) Lavrand s'exprime à peu près identiquement, mais il ajoute un *parfois* à propos des résultats excellents qu'on peut obtenir par une gymnastique et une éducation patiente et méthodique. Quand Dally présenta son malade et demanda quel pronostic il fallait porter. Hervé émettait l'avis qu'il recouvrerait plus tard la parole vers cinq à six ans. Fauvelle, avec raison plus restrictif, disait : Pour porter un pronostic il faudrait en connaître la cause. Si on cherche les résultats obtenus d'après les faits publiés on trouve : il y eut progrès par le traitement dans les cas de Hale White et Taylor. Dans l'observation I de Lavrand les résultats ont été très incomplets par défaut d'application, mais il faut ajouter que l'enfant était peu intelligent et fut mis dans un asile de sourds-muets ; dans l'observ. II, il fallut plusieurs mois pour que l'enfant prononçât correctement « bonjour maman », puis il apprit assez vite à parler et à dix-huit ans il parlait comme tout le monde ; dans l'observation III, il a fallu de même plusieurs mois pour obtenir le même résultat. Dans deux cas de Gutzmann un enfant avec intelligence normale n'avait fait aucun progrès après quatre semaines, et un autre au troisième mois du traitement ne disait que mäh, wau, pipi, et fut abandonné comme incapable de progresser plus. Dans les obser-

vations de Ladreit de Lacharrière, il a fallu : obs. I, quatre à cinq mois ; obs III, trois mois ; dans l'obs. X, malgré traitement à l'institut de dix à dix-sept ans, aucun développement du langage articulé n'a été obtenu, il en fut de même dans l'obs. XI.

Oltuszewski apparaît plein d'un optimisme exagéré quand il dit que d'après tous les médecins qui s'en sont occupés, l'affection est guérissable et que le pronostic est bon. Il paraît plus prudent de faire quelques restrictions : il faut d'abord déterminer le degré d'intelligence du sujet, ce qui est très difficile. Weniger Moritz distinguait nettement deux classes :

1^o Ceux restés au plus bas degré de l'échelle du développement intellectuel, et ne manifestant leurs désirs ni par des cris, ni par des gestes, il n'y a alors aucun espoir ;

2^o Ceux qui s'intéressent au monde extérieur et témoignent de leurs désirs par l'expression vive de leur physionomie. Cette deuxième catégorie est curable par un enseignement méthodique.

Il faut aussi, pour le pronostic, déterminer le degré de mémoire, d'attention, etc.

Le pronostic, pour être bien assis, demanderait de nombreux cas suivis très longtemps, or de ces cas, deux ont guéri sans aucune trace (cas de Lavrand et un personnel) ; les deux autres sont restés muets (cas de Ladreit de Lacharrière et Castex).

Pour ne pas avoir de mécompte, pour encourager les parents à des efforts en vue de l'éducation, il faut leur dire : votre enfant ni sourd, ni nettement idiot, arrivera probablement à parler par un traitement approprié.

CHAPITRE VIII

TRAITEMENT

Malgré les incertitudes de pathogénie et d'anatomie pathologique et l'obscurité de la question, elle valait d'être esquissée, à cause de l'importance du traitement. Il nous importe peu sur ce terrain, d'ignorer la lésion, et comment se fait la suppléance, pourvu que l'éducation se fasse. Nous répèterons à ce propos, le mot de Molière, dans l'*Amour médecin* en le paraphrasant : « Hippocrate dira ce qui lui plaira, mais le cocher entend ». Hippocrate dira ce qui lui plaira, pourvu que le sujet arrive à parler.

Si on avait attendu de connaître exactement les lésions de la surdi-mutité, on ne se serait pas autant préoccupé de son traitement.

Mygind en rassemblant, en 1893, les autopsies de sourds-muets, montraient l'insuffisance de l'anatomie pathologique sur ce point; il n'y aurait encore d'après ce travail, que cent cinquante autopsies de sourds-muets, et parmi elles, beaucoup sont incomplètes sur l'état des nerfs acoustiques et des centres acoustiques. En attendant que la science ait mis au point la question de l'alalie idiopathique, l'Humanité réclame qu'on s'occupe de ces enfants.

Déjà Gall, en 1818, proposait avec beaucoup de simplicité, un traitement tonique. Dans son mémoire de 1826, Itard donne une large place au traitement. La parole étant pour lui surtout un art d'imitation, il faudra en décomposer les éléments, pour les enseigner les uns après les autres, puis les combiner progressivement. Voici la marche qu'il faut suivre pour parvenir à ce but :

« Dans une salle spécialement consacrée à ces sortes d'exercices, on exposera tous les objets portatifs dont notre jeune muet connaît déjà, ou les signes manuels, ou les noms parlés. Dans le premier cas, on fera le signe en même temps qu'on prononcera le nom de chacune de ces choses. En les désignant ainsi, on se les fera successivement apporter, s'abstenant d'employer aucun verbe à cette demande. On aura soin de choisir pour ces premières désignations verbales, des objets dont les noms soient très courts, composés de voyelles sonores, l'*o* et l'*a*, et de syllabes à articulations visibles, comme les labiales et les dentales. Au bout de quelques jours, on supprimera le signe manuel pour n'employer que le signe verbal, que je suppose déjà retenu par la mémoire. Dès lors, l'enfant.... saura distinguer les noms vocaux de quelques objets sensibles; il ne s'agira plus que d'étendre cette première acquisition au moyen du même procédé.

« Après avoir ainsi pourvu la mémoire d'un grand nombre de noms substantifs, on passera à l'étude des adjectifs; on y procédera en groupant autour des objets déjà connus, un nombre double, triple ou quadruple de ces mêmes objets, selon les différentes modifications de forme, de couleur, de pesanteur, de volume que doivent exprimer ces premiers adjectifs. On aura donc à faire

connaître et à demander *le grand couteau, le petit couteau, le livre vert, rouge, jaune, la tasse cassée, la tasse raccommodée*. Ces deux derniers adjectifs qui sont à proprement parler des participes, formeront une transition naturelle à l'étude des verbes.

« Les premiers qu'on fera entendre sont les verbes neutres comme *marcher, courir, parler*. Passant ensuite à ceux qu'on a nommés actifs, on leur donnera pour régime les substantifs déjà connus, associés bientôt avec les adjectifs précédemment appris. Dans l'usage qu'on fera des verbes on se bornera à les énoncer à l'infinitif. Ce temps qui a l'avantage de s'appliquer indistinctement à toutes les époques et à toutes les conditions de l'action, sans en préciser aucune, se trouve par cette raison plus approprié au peu de développement de l'intelligence, comme on le voit par l'usage préféré et à peu près exclusif qu'en font les peuples peu civilisés et particulièrement les négres de nos colonies. Après les verbes..., je fais entrer dans les nouvelles phrases impératives adressées à notre muet quelques-uns des adverbes et des prépositions dont l'usage est le plus indispensable. Quand on a ainsi en sa possession les principaux éléments du langage, on peut, avec le petit nombre des mots acquis par la mémoire mais diversement combinés, faire entendre et comprendre une foule de petites phrases assez compliquées telles que celles-ci : *placer doucement la montre sur la petite table derrière l'écritoire*. Une fois arrivé à ce point, laissant provisoirement de côté comme parasites ou superflues, la conjonction et l'interjection, il ne nous reste plus que les pronoms à faire connaître à notre muet pour qu'il ait une idée générale de tous les éléments de

la phrase appelés *parties du discours* ». Il montre la difficulté de l'emploi du pronom. « Jusqu'à présent je n'ai dirigé contre le mutisme qui nous occupe que des moyens purement métaphysiques. Je me suis contenté de favoriser l'acquisition de quelques idées simples et de confier à la mémoire leurs signes représentatifs, sans m'occuper d'en provoquer la répétition rarement notre muet arrive à ce point de développement où nous venons de le laisser sans avoir commencé à parler. Il est possible que néanmoins le mutisme persiste ; comme on ne peut plus alors en accuser ni la mémoire, ni l'attention, ni la compréhension, il faut en chercher la cause dans l'inaction des facultés imitatives et en provoquer l'exercice pour en obtenir la parole. L'on observera l'enfant avec soin et l'on s'attachera à remarquer quelles sont celles des actions déjà apprises par l'imitation qu'il exécute avec le moins de répugnance et de maladresse. On cherchera alors à les compliquer, à les rendre de plus en plus brusques et difficiles, en lui montrant toutefois par quelles manœuvres on peut lever ces difficultés et exécuter ces nouvelles combinaisons. Passant ensuite à des actes d'une imitation plus délicate on pourra l'amener à tracer des caractères alphabétiques ou encore à copier quelques dessins linéaires des plus simples comme ceux d'une clef, d'un couteau, etc.

« Ces exercices, d'une imitation manuelle, le conduiront sans peine à ceux de l'imitation orale On l'exercera donc à imiter tous les mouvements visibles des lèvres et de la langue, ainsi qu'à l'action de souffler, de tirer des sons d'un sifflet et de pousser des cris Il se peut faire cependant, qu'on n'obtienne aucun succès marqué de ces

méthodiques provocations adressées à l'instinct de l'imitation; alors il ne reste plus qu'un dernier expédient à tenter : c'est de faire un appel exclusif à celui des sens, qui est spécialement chargé de diriger l'imitation vocale, au sens auditif.

« Deux moyens bien simples se présentent, pour priver notre muet de lumière. Le premier, qui consiste à l'enfermer dans une chambre entièrement soustraite à la clarté du jour.... Le deuxième moyen de l'aveugler est de lui couvrir la moitié supérieure de la figure d'une espèce de demi-masque sans ouverture pour les yeux, fait de fer blanc battu et doublé d'une peau douce et épaisse... Alors on voit notre aveugle-muet se distraire, parce qu'il entend et prendre un intérêt tout nouveau aux bruits et aux sons, qui frappent maintenant son oreille très attentive Bientôt enfin, l'impossibilité où il se trouve de manifester ses besoins et ses volontés par des signes manuels et par le langage d'action, le font recourir à la parole. Trois tentatives de ce genre, dirigées contre un mutisme opiniâtre, ne suffisent point pour m'autoriser à en déduire des conséquences générales. Sur deux de ces muets, le résultat fût au bout de quatre et six mois, aussi heureux et aussi complet que j'en avais donné et conçu l'espérance ».

Coën, qui attribuait à l'affection un cadre nettement défini, lui faisait correspondre un traitement un et unique, et dans son travail de 1888, il a donné sur ce sujet de longs et minutieux détails. Pour lui, il y a trois points dans le traitement :

1^o Fortifier l'état général de l'enfant par les toniques, l'électricité, l'hydrothérapie, la gymnastique corporelle. Ladreit de Lacharrière, comme nous l'avons déjà dit,

croyait à un mutisme dû à la faiblesse générale et dirigeait contre lui une méthode tonique.

2^o Développer l'intelligence de l'enfant : il utilise sur ce point l'éducation faite à l'aide d'images; il montre souvent à l'enfant la même image en lui disant le nom de l'objet représenté, et sans en exiger la répétition. Lui dire ensuite sans fermer le livre : montre-moi par exemple l'arbre, puis en fermant ensuite le livre. Une fois qu'il était sûr que l'image visuelle d'un objet et son image vocale correspondante sont acquises, il passait à un autre objet. Pour obtenir un développement suffisant, il demande six à dix semaines de séances journalières, d'une heure à une heure et demie.

3^o Instituer une méthode pédagogique pour l'articulation des mots. Il faut développer l'association entre les centres des images auditives et des images motrices verbales en faisant répéter des mots et développer l'activité du centre des images motrices verbales. Il a recours aux moyens suivants : il montre à l'enfant l'image écrite d'un son par exemple *b* et se servant de la méthode à haute voix il lui dit le son en lui recommandant non seulement d'être attentif au son de la voix, mais en même temps de regarder les mouvements de la bouche. Ainsi le sujet apprend la signification du signe écrit, sa représentation par l'impression auditive et s'efforce de le répéter. Coën trace pour cette éducation tout un ordre de tableaux méthodiques : le 1^{er} contient les voyelles, le 2^e les diphtongues, le 3^e la consonne *m* uni à des voyelles et des diphtongues, le 4^e la consonne *g* dans les mêmes conditions, le 5^e *t*, le 6^e *h*, le 7^e *b*, le 8^e *l*, le 9^e *n*, le 10^e *ch*, le 11^e *j*, le 12^e *d*, le 13^e *p*, le 14^e *k*, le 15^e *w*, le 16^e *s*,

le 17^e *z*, le 18^e *sch*, le 19^e *y*, le 20^e *f*, le 21^e *r*, le 22^e *bl*, le 23^e *pl*, le 24^e *fl*, le 25^e *dl*, etc., toujours unies aux voyelles et aux diphtongues. Puis il donne un tableau avec les syllabes ouvertes (*mäm*, *gug*, etc.), puis avec des mots les plus simples et les plus usités et enfin des phrases simples, faciles, courtes. Il conseille de faire souvent répéter ce qui est acquis avant de passer à un autre exercice.

Ce traitement, toujours d'après Coën, réclame soixante-dix semaines, après quoi l'enfant est dans l'état intellectuel d'un sujet de 4 à 6 ans et parle comme lui, et on peut commencer son éducation ordinaire.

Gutzmann suit dans l'éducation de l'articulation l'ordre suivant :

1^o *m, a, u, au, e, i, ei, p, b, f, w.*

2^o *n, d, sch, s, l.*

3^o *k g, ch j, nj, ntz.*

Il utilise pour l'éducation des jouets, qui produisent des sons imitant le cri d'un animal; tel un mouton; la mère donne l'objet à l'enfant en le désignant par le nom de l'animal, elle fait entendre le cri, elle répète souvent cet exercice. On peut utiliser aussi d'autres bruits, tic tac d'une montre, son d'une cloche. Il n'y a rien d'après lui de fixe et d'arrêté, mais il ne faut aucune contrainte, il faut amuser en les instruisant les enfants. Il recommande encore les exercices de gymnastique pour les organes de la parole et de la respiration (tirer la langue, ouvrir et fermer la bouche, souffler, etc.), et fortifier les muscles de l'appareil respiratoire par la marche et les courses dans la campagne ou encore par des exercices

plus directs de respiration faits avec précaution. Il adopte avec Weniger Moritz la respiration la bouche ouverte et la bouche fermée, des mouvements des bras, etc, ces exercices ne devant pas excéder une durée de plus de vingt minutes. Enfin il recommande toute une série de moyens pour fortifier la volonté ou exciter le désir de parler de ces enfants. Pour Gutzmann et Miclecke il faudrait un traitement d'une durée d'un an. Il faudrait encore d'après Gutzmann attendre que l'enfant ait quatre à cinq ans pour le livrer à un traitement, et se défier d'un traitement prématuré.

Dans leurs deux cas, Hale White et Golding Bird disent qu'ils ont seulement utilisé un traitement analogue à celui des sourds-muets. Lavrand essaye de réveiller les centres par des exercices appropriés et une éducation spéciale. Il recommande en même temps, de s'adresser aux causes saisissables (faiblesse physique, par exemple). La patience et la méthode sont nécessaires.

Ici encore, il faut être éclectique, car l'éclectisme est utile aux malades et rien n'est plus funeste souvent que les gens à méthode unique qu'ils veulent appliquer quand même à tous les cas.

Il y a à se préoccuper d'abord de ce qui est directement accessible : le sujet a-t-il des amygdales hypertrophiées ou des adénoïdes, il faut l'en opérer (résultats de Ladreit de Lacharrière et de Gutzmann, favorables); si l'enfant est de chétive apparence, lui administrer des toniques et le soumettre aux divers moyens mécaniques utiles; enfin, comme il est difficile de déterminer la cause du mutisme, il paraît utile d'exercer chez ses sujets les sens; surtout l'ouïe, de développer l'intelligence, la mémoire, l'attention,

l'imitation et de soumettre leurs organes périphériques de la parole à des exercices d'assouplissement et de coordination.

Mais quand on a dit aux parents, votre enfant est éduicable, se pose un nouveau problème : où et par qui se fera cette éducation ? Ni l'asile de sourds-muets, ni l'asile d'idiots ne conviennent. Aussi intervient cette question de création d'instituts pédagogiques spéciaux, ou de classes spéciales pour les enfants arriérés. Car nos sujets sont au moins des arriérés pour la parole. L'éducation collective est préférable à l'éducation individuelle, car elle éveille un facteur utile, l'émulation (c'est au moins l'opinion d'Itard, Delasiauve, Bourneville).

En 1899, Bourneville réclamait encore l'organisation de *classes spéciales*, distinctes des écoles primaires, ou annexées à l'une ou plusieurs de ces écoles dans chacun des arrondissements de la ville de Paris, et des principales agglomérations du département de la Seine. Mais jusqu'à présent, ses efforts sont demeurés stériles. Or, quoique nous ayons la prétention d'être à l'avant-garde du progrès, des classes spéciales existent en Suisse, en Angleterre, en Belgique. En 1900, M. Pornain revient sur ce sujet et montre qu'il y a des classes spéciales en Allemagne depuis 1881 ; dans les Pays Scandinaves ; en Suisse depuis 1881 ; en Angleterre depuis 1892. En Belgique, à Bruxelles depuis 1897, il y a une école centrale pour les enfants anormaux : 1^o arriérés pédagogiques ; 2^o arriérés médicaux, idiots, imbéciles etc. ; 3^o indisciplinés ; 4^o enfants présentent des troubles prononcés de la parole, ou ayant quelque défaut rendant impossible leur séjour momentané à l'école primaire.

M. Thulié, également dans un gros livre paru en 1900 sur le dressage des jeunes dégénérés, s'occupe de l'éducation des enfants anormaux.

Il est donc à souhaiter qu'en France, on procède à l'organisation de classes semblables.

CONCLUSIONS

De l'étude des faits précédents, il est impossible de tirer des conclusions fermes, tout au plus pouvons-nous donner les considérants suivants :

1^o Entre le mutisme idiotique nettement apparent et la surdi-mutité, en dehors des aphasies vraies et du mutisme par lésions des organes périphériques de la parole, existe chez l'enfant une forme de mutisme, dont les causes et la nature restent à déterminer ;

2^o Cette mutité, sans surdité, survient chez des sujets de trois à dix ans, qui présentent les caractères positifs ou négatifs suivants :

- a) État physique et intellectuel d'apparence normale ;
- b) Audition intacte ;
- c) Organes périphériques de la parole dans des conditions normales de fonctionnement ;
- d) Absence de paralysie ou d'atrophie des membres ;

3^o Sous cette dénomination d'entendants-muets, il faut entendre :

a) Les cas décrits par Coën, sous le nom d'alalie idiopathique avec absence de toute affection antérieure, avec intelligence intacte et intégrité des organes de la parole, il s'agit d'un trouble congénital, dont la nature reste à préciser ;

b) Les cas où une affection aiguë a précédé le développement de la parole, on peut alors se demander si une encéphalite ou une méningite guéries n'ont pas laissé de lésions insuffisantes pour donner de l'idiotie ou

de l'épilepsie, mais assez étendues pour retarder le développement de l'intelligence et du langage ;

c) Les cas où l'éducation a été inutile, comme ceux de Ladreit de Lacharrière, qui rentrent peut être dans les cas de très légère idiotie invoqués par Heller ; ou les cas dans lesquels une des fonctions de l'entendement peut être troublée : mémoire, attention, etc. (cas d'Itard) ;

d) Les cas où le désir de parler manque ;

e) Les cas d'enfants sourds avant six ou sept ans recouvrant l'audition et restant muets (cas assez nombreux d'après Hamon du Fougeray) ;

f) Les cas où des adénoïdes ou de grosses amygdales peuvent par les troubles respiratoires et le retentissement qu'elles peuvent avoir sur le fonctionnement intellectuel de l'enfant, jouer un rôle ;

4^o Il y a un intérêt pratique au point de vue éducatif à séparer ces enfants des idiots et sourds-muets, et à les soumettre à un traitement approprié ;

5^o Pour ces arriérés de la parole, comme pour les autres arriérés, il serait utile de créer, à côté des écoles primaires ordinaires, des classes spéciales.

VU :

Le Président de la Thèse,

R LÉPINE.

VU :

Le Doyen,

LORTET.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 10 novembre 1900.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,

G. COMPARYRÉ.

BIBLIOGRAPHIE

Dr ALBRECHT. — Bericht über das Jahr, 1897, aus der Poliklinik für Sprachstörungen der Dr H. Gutzmann, zu Berlin. — *Medizinisch-pädagogische Monatschrift für die gesammte Sprachheilkunde*, mars 1898, p. 77.
— Même travail pour 1898, paru dans le même journal, mars 1899, p. 66.

BACKER. — Aphasie congénitale. *New-York, Med. Journ.*, novembre 1887.

BALLET. -- Langage intérieur et les diverses formes d'aphasie. Thèse d'agrégation, 1886.

BASTIAN. — *Cerveau et pensée*, 1882, t. II, p. 215.

BATEMAN. — *De l'aphasie*, traduction Villard, 1870, p. 4.

BEAUNIS. --- Développement du langage chez l'enfant, *Physiologie*, vol. 2, p. 267.

Mlle BÉLIANINE. — Troubles de la parole dans l'hémiplégie infantile. Thèse de Paris, 1897-1898.

BENEDIKT. — *Wien. Med. Presse*, 1865, n° 49.

D. BERNARD. — De l'aphasie et de ses diverses formes.
Thèse de Paris, 1885, p. 197.

BERNHEIM. — Associations d'images verbales et aphasie
chez les enfants, *Gazette des hôpitaux*, 13 et 20 jan-
vier 1900.

BOURNEVILLE et BOYER. — Traitement et éducation de la
parole chez les enfants idiots et arriérés, *Archives de
neurologie*, 1895, p. 108.

BOYER. — Du mutisme chez l'enfant qui entend, *Archives
de neurologie*, juillet 1897, p. 281. — *Comment on
peut apprendre à parler à un jeune semi-idiot non
sourd-muet de naissance*, in-8°, 20 p.

BOUCHUT. — Aphasie chez les enfants, *Gazette des hôpi-
taux*, 1877, p. 233.

BROADBENT. — *Méd. Chir. Transactions*, vol. 55, p. 146.

BROCA. — Sur le siège de la faculté du langage, *Bulletin
de la Société d'anthropologie de Paris*, séance du
15 janvier 1865.

CASTEX. — *Bulletin et mémoires de la Société française
d'Othologie, Laryngologie, Rhinologie*, 1896, t. XII,
p. 488.

CHASLIN. — Idiotie, imbécilité, débilité mentale. — *Traité
des maladies des enfants de Grancher, Marfan,
Comby*.

A. CLARUS. — De l'aphasie chez les enfants, *Jarhesbuch
für Kinderheilkunde*, 1874, Band VII, p. 369 et
400.

- R. COËN. — Statistisches über Sprachanomalien, *Allg. Wien. Med. Zeitung*, 1878, t. XXIII, p. 180, 192, 249. — *Allg. Wiener Med. Zeitung* 1880, p. 95, 108, 115. — *Allg. Wiener Centralzeitung*, 1880, n° 10-11-12. — *Med. Chirurg. Centralblatt*, Wien, 1881, XVI, 410, 422, 424. — *Die Hörstummheit und ihre Behandlung*, *Wiener Klinik*, 1888, juillet. — *Centralblatt für Klinische Medecin*, 1888, p. 937, n° 51. — *Ann. des Maladies des oreilles, du nez et du larynx* (compte rendu), p. 104, 1889. — *Pathologie und Therapie der Sprachanomalien*, Wien und Leipzig, Urban et Schwarzenberg, 1886. — *Med. Chirurg. Centralblatt* Wien, 1888, XXVIII, 2, p. 397. — *Arch für Kindersheilkunde*, 1881, t. II, Alalia idiopatica. — *Mutité sans surdité*, compte rendu du Congrès médical international de Rome, p. 153, 1894. — *De l'alalie idiopathique*, *Rev. Internationale de Rhinologie*, 1895.
- COMPAYRÉ. — *Evolution intellectuelle et morale de l'enfant*, 1893, p. 218.
- COUDEREAU. — Intelligence et instinct, *Bulletin, de la Société d'anthropologie de Paris*, 1866, p. 37.
- CUVILLIER. — Végétations adénoïdes, *Traité des maladies des enfants*, de Grancher, Marfan, Comby.
- DALLY. — Aphasie congénitale chez un enfant de 4 ans, *Bulletin de Société d'anthropologie de Paris*, 1887, v. X, p. 320.
- DARWIN. — A biographical Sketih of an infant, publié dans *Mind a quaterly Review of Psychology and Philosophy*, p. 285, 294, 1840.

- EGGER. — *Observations sur le développement de l'intelligence et du langage chez l'enfant*, Paris, 1878.
- J. FRANK. — *Traité de pathologie interne*, Traduct. Bayle, 1838-1845, tom IV, p. 75, note 71.
- FERRAND. — *Langage parlé et aphasie*.
- FOURNIER. — *Hérédité syphilitique*. — *Syphilis héréditaire tardive*.
- GALL. — *Anat. et Phys. du système nerveux en général et du cerveau en particulier*, 1819, vol. IV, p. 84-85.
- GELLÉ. — Surdi-mutité, *Dict Jaccoud*, vol. 34, p. 285.
- GIAMPÉTRO. — Essai de classification des centres auditifs en rapport avec la fonction du langage. Déduction clinique sur les diverses formes d'aphasie. *Ann. de Laryngolog. et Otolog.*, p. 214, 1893.
- H. GUTZMANN. — *Leçons sur les troubles de la parole et traitement*, in-8°, 341 p., Berlin 1892. — *Des Kindes Sprache und Sprachfehler*, broch. de 70 p. — *Die Poliklinik für Sprachstörungen, zu Berlin, in dem Jahr, 1891, und 1892, Medizinisch-Pädagogische Monatschrift für die gesammte Sprachleilkunde*, 1893, août, p. 230 ; octobre, p. 306. — *Sprechgeschichlichkeit und Sprechlust in Kindesalter*, *Même Journal*, avril 1895, p. 79. — *Eber Hemungen Sprachentwicklung*, *Même Journal*, Januar-Februar 1896, p. 29. — *Die Vererbung von organischen und fonktionellen Sprachstörungen*, *Même Journal*, février 1898, p. 52. — *Ueber Sprachhemungen und ihre Bedeutung für die geistige Entwicklung bei Kinder*, *Même Journal*, février 1898, p. 58.

A. GUTZMANN. — Bericht über das Jahr, 1899 aus der Poliklinik Sprachstörungen des Dr H. Gutzmann zu Berlin. *Même journal*, mars 1900, p. 65.

HADDEN. — Un cas d'idioglossie, *Société de Médecine anglaise*, 31 janvier. — *Semaine Médicale*, 1893, p. 58.

HAASE (Berlin). — Bericht über in der Neumann'schen Poliklinik, 1898-1899, behandelten Sprachstörungen, *Medizinisch pädagogische Monatsch. für die gesammte Sprachheilkunde*, december, 1899, p. 352.

HARTMANN. — Taubstummheit und Taubstummenbildung nach den Vorhandenen quellen so wie nach eigenen Beobachtungen und Erforderungen Die Erkenntniss der Taubstummheit, ihr Verhältniss zum idiotismus und aphasia. Capitel III, p. 18, 1880.

HELLER. — Zeitsch. für Psychol. und Physiolog. d. Sinnesorgane, tome XIII, p. 175. — *Revue de Neurologie*, p. 673.

HÉRODOTE. — Histoire, Traduction Larcher, revue par Personneaux, p. 31 et 55.

HERVÉ, — Circonvolution de Broca chez le fœtus humain, Th. Paris, 1887-1888, p. 8, n° 200.

HERZEN. — Un cas d'aphasie congénitale chez un garçon de cinq ans. *Revue Médicale de la Suisse Romande*. Genève, 1895, n° 11, 600-603. — *Revue de Neurologie*, 1896, p. 670.

HUFELAND. — *Manuel de Médecine pratique*, Traduction Jourdan, 1898, p. 299.

ITARD. — Rapports et mémoires sur le sauvage de l'Aveyron, Publication du *Progrès Médical*. Paris, 1894. — Mémoire sur mutisme produit par lésion des fonctions intellectuelles, Mémoire de l'Académie de Médecine. Paris, 1828, paru à la suite de la public. précédente.

JACCOUD. — Alalie et ses diverses formes. *Gazette hebdomadaire de Médecine et Chirurgie*, 1864, p. 497.

KRISHABER. — Mutisme, Dechambre, p. 167.

KÜSSMAUL. — Les troubles de la parole. Traduction de Rueff, 1884.

LADREIT DE LACHARRIÈRE. — Du retard du développement du langage et du mutisme chez l'enfant qui entend. *Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, 1876, p. 23.

LAHOUSSE. — Aphasie. *Dict. de Richet*.

LAVRAND (de Lille). — Mutité chez les entendants. *Semaine Médicale*, 1891, p. 189. -- *Société française d'Otologie, Laryngol. Rhinol* (Bullet. et Mémoires), Paris, 1896, t. XII, p. 410. — *Rev. internat. de Rhinol. Otologie, Laryngologie*, 1897, VII, p. 95.

LIEBMANN. — Bericht über das Jahr 1894, aus der Poliklinik für Sprachstörungen, zu Berlin. *Medizinisch Pädagogische Monatsch. für die gesammte Sprachheilkunde*, 1895, p. 19, 42, 46.

MAGNAN et LEGRAIN. — Les dégénérés.

MIELECKE (VON). — Horstumme Kinder und ihre heilpädagogische Behandlung, *Mediz. Pædagog. Monatsch. für die gesammte Sprachheilkunde*, Nov.-Déc. 1896, p. 324, 339.

MOSSDORF. — Cas d'aphtongie, *Arch. de Neurologie*, 1880-1884, p. 292.

NODET. — Les agnoscies. La cécité psychique en particulier, *Th. de Lyon*, 1899.

OLTUSZESWKI. — *Le développement de l'intelligence et du langage chez l'enfant*, in 8^o, 43 p., Berlin. — Jahresbericht 1892-1893 aus der Anstalt für Sprachleidende. *Mediz. Pædagog. Monatsch. für die gesammte Sprachheilkunde*, Mai 1894, p. 129, 143. — Dritter Beitrag zur Lehre von den Sprachstörungen März-April 1896, p. 65, dans le même journal. — Fünfter Beitrag zur Lehre von den Sprachstörungen, dans le même journal, Mai 1898, p. 141. — Sechter Beitrag zur Lehre von den Sprachstörungen, dans le même journal, Mai 1899, p. 129. — Aperçu général de pathologie et thérapie des vices de la parole, *Arch. de Neurologie*, 1899, p. 451.

PASQUIER (DU). — Un point de physiologie du langage. — *Bull. de Soc. d'antrop. de Paris*, p. 520, 1891.

PEREZ (B.). — *Psychologie de l'enfant*, 2^e édit. 1882, chap. XI, p. 376. — *Les trois premières années de l'enfance*, chap. IX, 3^e édit.

PETERSHAUSEN (VON). — Two cases of congenital aphasia.
— *Detract Revue Méd. et Pharm.* 1874, chap. IX,
p. 221-223.

PREYER. — *L'âme de l'enfant*. Traduct. Varigny, 1887.

PORNAIN. — Assistance et traitement des idiots, des im-
béciles, etc. et des alcooliques. — Colonies familiales.
— *Progrès Médical* et F. Alcan, Paris 1900.

RICHARDIÈRE. — *Des scléroses cérébrales*. Traité des
maladies des enfants, Grancher, Marfan, Comby.

SOLLIER. — *Psychologie de l'idiot*

TAINE. — *De l'intelligence*, 1878, 81, note 1, p. 357.

Dr THULIÉ. — Dressage des jeunes dégénérés, publicat.
du *Progrès Méd.* 1900, vol. de 678 p.

TREITEL. — Ueber Aphasie in Kindesalter, Sammb. Klin
Vortr. Leipzig, 1893, n° 64.

UCKERMANN. — Drei fälle von Stummheit onhe Tau-
bheit, etc. *Zeitschr. f. Orhend-Wiesb.* 1890-91, XXI,
313-322.

URBANSCHICHT. — *Des exercices acoustiques dans la
surdi-mutité et la surdité acquise*. — Traduct. de
Egger, 1897, p 103, 156.

VALLIN. — Cas d'aphtongie. — *Gaz. hebd. de méd.*
Paris 1865.

WALDENBURG. — Ein Fall von angeborenen Aphasie. —
Berlin Klinik Wochenschr. 1873, n° 1, p. 8.

WEST. — *Maladie des enfants.*

WENIGER (M.). — *Nicht geistig sonder nur Sprachlech zuruckgebliebene Kinder* Gera 8° 32 p.

HALE WHITE et GOLDING BIRD. — *Idioglossie.* — Medical Societies Royal, Medical et Chirurgical Society. *The Lancet* 1891, p. 601. — *Sem. Med.* 1891, p. 107.

